

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2014

Jenni Iltanen

MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA NIIDEN KOHTAAMINEN

– käytännön eväitä lääkkeettömään hoitoon



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Iltanen

MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA NIIDEN KOHTAAMINEN

- käytännön eväitä lääkkeettömään hoitoon

Muistisairauksia sairastavia ihmisiä on maassamme yhä enenevä määrä, ja muistisairauksiin liittyviä käytösoireita esiintyy jossain vaiheessa sairautta lähes jokaisella muistisairaalla. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle psyykkistä pahoinvointia sekä hoitohenkilökunnalle lisää työn kuormittavuutta. (Vataja 2010, 91- 92.) Hoitohenkilökunnan osaamisella on suuri merkitys käytösoireiden ennaltaehkäisyssä, riskitekijöihin puuttumisessa, arvioinnissa, hoidossa sekä omassa jaksamisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyö on tehty toiminnallisena opinnäytetyönä yhteistyössä Vehmaan hoivaosastojen kanssa, joka kuuluu osana Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen, terveyspalveluiden piiriin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen pohjalta tuottaa Vehmaalle osastotunti, toimeksiantosopimuksen pohjalta. Osastotunnin tehtävänä oli antaa hoitohenkilökunnalle lisää käytännön valmiuksia toteuttaa muistisairaahan hoitoa lääkkeettömin hoitotyön keinoin. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa ja ymmärrystä eri muistisairauksista, niiden tyypillisimmistä käytösoireista sekä lisätä käytännönläheistä tietoutta käytösoireiden hoidosta. Osastotunti on hyvä tapa toteuttaa koulutusta aiheesta, kun koetaan tarvetta lisätä henkilökunnan osaamista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä mitä muistisairas käytöksellään yrittää viestittää, jolloin henkilökuntakin pystyy tarjoamaan jatkossa yhä parempaa ja laadukkaampaa, muistisairasta ymmärtävää hoitoa.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt, osastotunnilla mukana ollut materiaali löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä (liite 1.) Tämä materiaali toimi selkeänä aiheen käsittelyn pohjana osastotunnilla, jolla saatiinkin osastotunnilla hyvin keskustelua aikaan muistisairaiden hoidosta. Lisäksi aihetta käsiteltiin osastotunnilla käytännönläheisin case- tapauksin, jonka tarkoituksena oli herätellä kuulijoita aiheeseen pohtimalla omia ratkaisuja tietyissä käytännön tilanteissa.

Tässä työssä on perehdytty hyvin pitkälti niihin tekijöihin, jotka voivat vaikuttaa käytösoireiden syntyyn laitoshoidossa elävälle muistisairaalle. Näihin asioihin perehtymällä voidaan estää käytösoireiden syntyminen, vähentää jatkossakin jo alkavia käytösoireita sekä ymmärtää paremmin muistisairaahan käyttäytymistä.

ASIASANAT:

Muistisairaudet, lääkkeetön hoito, käytösoireet, kohtaaminen, dementia

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing I Nurse

May 2014 | 43 + 14

Instructor Liisa Kosonen-Karesto

Jenni Iltanen

MEMORY DISORDERS BEHAVIORAL SYMPTOMS AND THEIR ENCOUNTER –practical advices for drug-free treatment

There is an increasing amount of people suffering from memory disorders in our country. Memory disorders related behavior disorders appear on the majority of the people suffering from memory disorders. The behavioral disturbances cause the patient psychic nausea and the nursing personnel more work load. (Vataja 2010, 91- 92.) The expertise of the care personnel has a great effect on preventing the behavior disorders, intervening risk factors, evaluating, treating and coping with the care work.

This thesis has been conducted as a functional thesis in collaboration with care departments of Vehmaa, which are a part of the social- and health center of Uusikaupunki. The objective of the thesis was to implement a literature review based department lesson for Vehmaa care department. The meaning of the lesson was to provide nursing personnel more practical preparedness for implementing drug free health care for the patients suffering from memory disorders.

The goal of the lesson was to increase personnel's practical knowledge and comprehension about different kinds of memory disorders and their most typical behavior orders and treatments. A department lesson is a good method for increasing the personnel's expertise, when needed.

The goal of the thesis is to offer more knowledge of what could a person suffering from memory disorders signal with their behavior, to help the nursing personnel to offer even better and more comprehensive care. The department lesson material, which completed as a result of this thesis, is attached in the thesis addenda (Attachment 1.).

This material created a clear base for discussion about the treatment of the memory disordered people. During the department lesson the subject was also discussed through different practical cases, in which the participants thought up some solutions in specific real life situations. In this thesis the focal point has been the factors which can cause behavior disorders on memory disordered people living in care facilities. By exploring these factors, the development of the behavior disorders can be prevented, the early behavior disorders can be deducted and the understanding of the behavior of the people who suffer from the memory disorders can be improved.

KEYWORDS:

Memory diseases, drug-free treatment, behavioral deficits, meeting, dementia

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1. JOHDANTO | 6 |
| 2. OPINÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TOTEUTTAMINEN | 7 |
| 3. MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA NIIDEN KOHTAAMINEN | 9 |
| 3.1. Yleisimmät muistisairaudet Suomessa | 9 |
| 3.1.1. Alzheimerin tauti | 10 |
| 3.1.2. Vaskulaarinen dementia | 11 |
| 3.1.3. Lewyn kappale- tauti | 12 |
| 3.1.4. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus | 13 |
| 3.2. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet | 14 |
| 3.2.1. Käytösoireiden eri ilmenemismuotoja | 15 |
| 3.2.2. Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät | 18 |
| 3.2.3. Käytösoireiden selvittely ja arviointi | 20 |
| 3.3. Hoitotyön keinot käytösoireiden hoidossa | 21 |
| 3.3.1. Vuorovaikutukselliset hoitotyön menetelmät | 22 |
| 3.3.2. Ympäristötekijöiden huomioiminen | 23 |
| 3.3.3. Muistisairaahan lääkeyksen ja terveydentilan huomioiminen | 24 |
| 3.3.4. Hoitotyön auttamismenetelmiä käytösoireiden hoitoon | 25 |
| 3.4. Muistisairaahan fyysinen ja kemiallinen rajoittaminen | 28 |
| 4 OSASTOTUNTI | 31 |
| 5. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 35 |
| 6. POHDINTA | 37 |
| LÄHTEET | 39 |

LIITTEET

Liite 1. Osastotunnin materiaali ja case- tapaukset
Liite 2. Palautelomake

1. JOHDANTO

Joka vuosi muistisairauteen sairastuu 13 000 ihmistä, joka tarkoittaa 36 uutta muistisairaus- diagnoosia vuoden jokaiselle päivälle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.) Suomessa on kaikkiaan noin 120 000 muistisairautta sairastavaa ihmistä. Yli 85-vuotiaiden ryhmästä 35 % sairastaa jotakin muistisairautta. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 283.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden laitospalvelun, kotihoidon ja palveluasumisen piirissä oli vuoden 2009 lopulla yhteensä 36 000 muistisairasta asiakasta, mikä on yli 10 000 muistisairasta enemmän kuin vielä vuonna 2001. (THL 2011.)

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita esiintyy jopa 90 %:lla muistisairaista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010; Vataja 2014b, 46). Käytösoireiden ilmetessä on syytä selvittää ensin somaattisten sairauksien sekä muiden laukaisevien tekijöiden osuus häiriökäyttäytymisessä. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat tämän jälkeen ensisijaisin käytösoireiden hoitomuoto. Hoito on aiheellista eteenkin silloin, jos käytösoireet heikentävät muistisairaahan omatoimisuutta, sosiaalista vuorovaikutusta tai oireet aiheuttavat vaaratilanteita itse muistisairaalle tai muille potilaan kanssa toimiville (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Muistisairauksiin on perinteisesti liittynyt kielteinen ja syrjivä asenne, mikä osaltaan heikentää muistisairaiden saamaa hoitoa ja hyvinvointia. Asenneilmapiiriä tulisi saada muuttumaan sekä tietoa lisäämällä että asenteita muuttamalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen ja tutkitun tiedon pohjalta suunnitella ja toteuttaa Vehmaan hoivaosastoilla osastotunti muistisairauksista ja niiden käytösoireista. Osastotunnin tavoitteena on henkilökunnan osaamisen lisääntyminen muistisairaiden käytösoireista kärsivien hoidossa. Hoitohenkilökunnan tiedon lisääntyessä myös muistisairaiden saama ymmärrys ja hoito mahdollisesti paranevat, ja muistisairaiden käytösoireet voivat helpottua.

2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen pohjalta, mitkä ovat Suomessa yleisimpiä muistisairauksia ja niistä potilaille aiheutuneita tyypillisimpiä käytösoireita. Kirjallisuuskatsauksella on tarkoitus kerätä tietoa, millä eri hoitotyön keinoin voidaan kohdata muistisairas potilas ja toteuttaa eri muistisairauksista aiheutuneiden käytösoireisten potilaiden lääkkeetöntä hoitoa.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on toteuttaa kirjalliskatsauksen pohjalta osastotunti Vehmaan hoivaosastoilla, ja tarjota hoitohenkilökunnalle lisää tietoa muistisairauksista, ja niiden tyypillisimmistä käytösoireista. Osastotunnin tavoitteena on antaa käytännön eväitä toteuttaa yhä parempaa hoitotyötä käytösoireista kärsivien muistisairaiden hoidon tueksi.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat:

1. Mitkä ovat yleisimmät muistisairaudet Suomessa?
2. Millaisia käytösoireita muistisairailla ilmenee?
3. Mistä eri syistä käytösoireita ilmenee muistisairailla?
4. Millaisin hoitotyön keinoin voidaan vaikuttaa muistisairaiden häiriökäyttäytymiseen ja potilaiden kohtaamiseen?

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tuotos, joka voi olla perehdytyskansio, esite tai muu vastaava tuotos. Lisäksi toiminnallisessa opinnäytetyössä voi olla mukana eri vaiheissa olevia toimijoita. (Salonen 2013, 5- 6.) Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta eri osuudesta; tuotoksesta ja raportista. Toiminnalli-

sen opinnäytetyön tuotos eli produkti on usein kirjallinen, ja sen tarkoitus on olla puhutteleva kohderyhmää kohden. Raportin tarkoitus on kuvata omaa oppimista sekä työn prosessia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä hankitaan toimeksiantosopimus ja haetaan kirjallista materiaalia, jonka pohjalle opinnäytetyö perustuu toimeksiantajan tarpeita vastaavaksi työksi. Suunnittelu- ja toteutusvaiheiden jälkeen arvioidaan työn onnistuminen, laaditaan mahdolliset jatkoselvittelytarpeet sekä luodaan pohdinta onnistumisesta opinnäytetyön projektissa. (Turun ammattikorkeakoulu 2014.) Tiedon keruulla ja perehtymisellä aikaisempaan tietoon on keskeinen rooli tässä työssä. Tarkoituksena on saada opinnäytetyöhön koottua mahdollisimman kattavasti tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus toteutetaan käyttämällä kotimaisia ja ulkomaalaisia internetin eri tietokantoja. Pääasialliset hakukanavat ovat Turun ammattikorkeakoulun nelliportaalista saatavat luotettavat tietokannat sekä Vaski- ja Volterkirjastojen tietokannat.

3. MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA NIIDEN KOHTAAMINEN

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita. Näihin lukeutuvat kielellisten toimintojen, näönvaraisten hahmottamisten että toiminnanohjaukseen liittyvän toiminnan heikentyminen. (Muistisairaudet: Käypä hoito – suositus, 2010.)

Käyttöoireet nähdään yhtenä merkittävimmistä asioista muistisairaiden hoitoon liittyvissä asioissa. Käyttöoireet ovat merkittävin kotona asumisen päättymiseen liittyvä tekijä ja aiheuttavat väsymistä niin omaishoitajissa kuin hoitotyön ammattilaisissa. (Eloniemi- Sulkava ym. 2011, 17.) Käyttöoireista puhuttaessa, tulee muistaa että muistisairas potilas tulee nähdä kokonaisvaltaisesti toimivana ihmisenä, eikä toissijaisena sairaana ihmisenä vailla historiaa ja ympäristöään. (Pietilä ym. 2010, 216.)

3.1. Yleisimmät muistisairaudet Suomessa

Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet kuten Lewyn kappale – tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (Muistisairaudet: Käypä hoito – suositus, 2010.)

Muistisairauksista puhuttaessa mainitaan usein myös sana dementia, tarkoittaen tylsistymistä, tylsyyttä. Dementia senilis (lat.) tarkoittaa vanhuuden tylsistymistä, muistikatoa. (Reunanen 1999, 37.) Sanakirja MOT määrittelee dementian lääketieteessä henkisen suorituskyvyn, varsinkin muistin ja päättelykyvyn huomattavana heikentymisenä, tylsistymisenä (MOT 2013.) Muistisairauksista puhuttaessa tulee muistaa, että dementia ei ole yksittäinen sairaus, vaan oireyhtymä. (Muistiliitto 2013c.)

Yleisin dementiaoireita aiheuttava ja etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, jonka yleisyys on 60- 70 % kaikista muistisairauksista. Verisuoniperäisten muistisairauksien osuus on noin 15- 20 %. (Muistiliitto 2013a.) Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia on aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus, ja toiseksi yleisin muistisairaus (Atula 2012b.) Muita yleisimpiä muistisairauksia ovat Lewyn kappale – tauti sekä otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Parkinsonin tauti voidaan luokitella myös eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien johdosta. (Muistiliitto 2013a.)

Toisinaan muistisairauden määrittely ei ole yksinkertaista, ja jääkin epäselväksi aiheutuuko muistamattomuus ensisijaisesti verisuoniperäisistä syistä vai rappeuttavista muistisairauksista. Tämä on yleistä eteenkin korkeimmissa ikäryhmissä. (Svenskt Demenscentrum 2009; Muistiliitto 2013a.)

3.1.1. Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus, joka kattaa noin 70 % kaikista muistisairausdiagnooseista. Alzheimerin taudille yleisin, vaikeimmin heikentynyt tiedonkäsittelyn ongelma on muisti. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010; Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121.) Alzheimerin tauti on tyypillisin vaiheittain, hitaasti etenevä aivosairaus, jossa tiettyjen aivoalueiden vauriot aiheuttavat oireita. Omatoimisuuden heikentyminen on kiinteästi suhteessa tiedonkäsittelyn ja muistin heikentymiseen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010.) Sairauden edetessä sairaudentunto heikkenee. Taudin kesto vaihtelee muutamista vuosista 20 vuoteen, mutta keskimäärin se on kymmenen vuotta. (Erkinjuntti ym. 2006, 77 - 80.)

Alzheimerin tautiin liittyy käytösoireita, jotka vaihtelevat taudin eri vaiheissa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010; Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121.) Taudin edetessä käytösoireiden esiintyvyys lisääntyy ja aiheuttaakin käytösoireiden vaikeutumista ja omatoimisuuden heikentymistä. Alzheimerin tauti voidaan karkeasti jakaa eri vaiheisiin, jotka ovat viitteitä taudin vaikeusasteesta.

Eri vaiheisiin liittyy tyypillisesti tietynlaisia käytösoireita, joita ovat lievässä Alzheimerin taudissa (MMSE 18–26, GDS/FAST 3–4, CDR 0.5–1) apatia, vetäytyminen, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja harhaluuloisuus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010.) Lisäksi oireena saattaa ilmetä aggressiivisuutta. Aggressiivisen käyttäytymisen laukaisee yleensä tekijä, kuten epäarvostava kohtelu tai erilaiset toimenpiteet, joita potilas ei ymmärrä. (Remes 2014, 1381.) Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa (MMSE 10 – 22, GDS 4 – 6, CDR 1 – 2) käytösoireina ilmenee tavallisimmin harhaluuloisuutta, hallusinaatioita, vaeltelua ja levottomuutta, uni- ja valverytmin häiriöitä sekä masentuneisuutta. Pinnalliset sosiaaliset taidot ovat yleensä säilyneet. Vaikeassa Alzheimerin taudissa (MMSE 0–12, GDS/FAST 6–7, CDR 2–3) yleistä ovat levottomuus ja aggressiivinen käyttäytyminen, poikkeava motorinen käytös, karkailu, uni- ja valverytmin häiriöt sekä masentuneisuus ja apatia. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010.) Vaikeassa Alzheimerin taudissa potilas ei enää useimmiten suoriudu päivittäisistä toiminnoista, kuten pukeutumisesta, syömisestä, peseytymisestä ja wc- käynneistä. (Remes 2014, 1381.) Alzheimerin taudissa aivojen etulohkojen sisäosat rappeutuvat ensiksi, aiheuttaen näin muutoksia ihmisen tunne- elämään, mielialaan ja muun muassa pelkoja sääteleviin verkostoihin. (Vataja 2014b, 47- 50.)

3.1.2. Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarisesta dementiaasta (VD) kärsii arviolta 15 % muistisairaista. Tämän dementiamuodon takana on aivoverenkiertosaigus, jolla on kymmeniä eri tautimekanismeja. Keskimäärin esiintyvyys yli 65-vuotiaiden ikäryhmästä on 1,5 – 2 % luokkaa, kun taas iäkkäämpien, kaikkien vanhimpien ikäryhmässä on paljon vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuotoa. Taudin kesto vaihtelee riippuen sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamien muutosten laajuudesta ja sijainnista, mutta on keskimäärin 7- 8 vuotta. (Sulkava 2010b.)

Vaskulaarisessa dementiaassa käyttäytymisen oireet vaihtelevat riippuen siitä, missä kohden aivoja syntynyt vaurio on. (Sulkava 2010b.) Oireet ja löydökset

voidaan jakaa karkeasti suurten ja pienten suonien tautiin. Näissä on etenemisen, oireiden ja löydösten kohdalla taudille tyypillisiä muotoja, jotka vaihtelevat verisuonivauriosta riippuen. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010,148.)

Tyypillisinä oireina ovat tunneherkkyys sekä mielialan nopeakin vaihtelu itkusta nauruun. Jo alkuvaiheessa sairautta tyypillistä ovat yöllinen sekavuus, katkokävely ja depressio. Sairaudentunto säilyy paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Potilaalle suunnittelu- ja suoritusvaiheissa on tyypillistä asioiden vaikeus. Sairaudelle on tyypillistä portaittainen eteneminen. (Sulkava 2010b.) Osalla potilaista ilmenee pakonomaista tarvetta itkuun ja nauruun. Lisäksi saattaa ilmetä näkökenttäpuutoksia, kömpelöä kävelyä sekä tasapainohäiriöitä. Puheen- tuotossa ja ymmärryksessä on vaikeutta, riippuen vaskulaarisen häiriön tai muutoksen sijainnista ja laajuudesta. Muistamattomuus ei ole niin selkeää, kuin muissa muistisairauksissa. (Atula 2012b.)

3.1.3. Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale- tauti on kolmanneksi yleisin muistia rappeuttava sairaus. Arviolta 15 % muistisairauksista on Lewyn kappale- taudista johtuvia. Nimensä sairaus on saanut mikroskooppisesti aivoissa havaittavien pienten Lewyn kappaleiden surkastumisten johdosta, joita ilmenee myös Parkinsonin taudissa. (Sulkava 2010a.)

Tyypillisimpiä oireita Lewyn kappale- tautiin ovat vireystilan muutokset, jotka saattavat vaihdella päivästä toiseen ja jopa saman vuorokauden sisällä. Oireet ovat hyvin samankaltaiset kuin Parkinsonin taudissa. Lisäksi taudissa on tyypillistä näkö- ja harhaluulot. Näköhäiriöt ovat tyypillisesti hyvinkin tarkkoja, ja potilas pystyy usein kuvailemaan tarkasti näkemänsä ihmisen tai tavarán. Harhaluuloista tyypillisimpiä ovat erilaiset mustasukkaisuus- ja varasteluharhaluulot. (Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale – tauti: Käypä hoito -suositus, 2010.) Hallusinaatioiden lisäksi aggressiopuuskat ovat Lewyn kappale- taudissa tyypillisiä käytösoireiden aiheuttajia (Sulkava 2010a).

Puolella Lewyn kappaleen tautiin sairastuneista on samanaikaisesti Alzheimerin taudin muutoksia, joten oireet ovat usein yhteneväisiä. Lewyn kappale- taudille on tyypillistä taudin hidas eteneminen. Potilaat ovat usein hyvin herkkiä useimpien psyykelääkkeiden vaikutuksille, vaikka niihin olisikin tarvetta käytösoireiden ja sekavuuden hoidossa. Lääkehoito onkin haasteellista, sillä Lewyn kappale- taudin potilaalle tästä seuraa lisää sekavuutta ja kävelykyvyn heikentymistä. (Atula 2012a.) Lewyn kappaleen taudissa muistihäiriö on usein lievä. Kuitenkin yksityiskohtaiset näköhäiriöt, kognitiivisten kykyjen, tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelut sekä jäykkyys ja hitaus, kävelyhäiriö ja karkea lepovapina aiheuttavat potilaalle merkittäviä muutoksia toimintakyvyssä. (Sulkava 2010a.) Lisäksi oireina esiintyy usein masennusta sekä tasapainohäiriöitä (Soininen & Hänninen 2010, 81).

3.1.4. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa- ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus eli frontotemporaalinen degeneraatio on yhteisnimitys niille oireyhtymille, jotka aiheuttavat aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnan heikkenemistä ja rappeutumista sekä siitä johtuvia oireita. Oireina tästä ovat frontotemporaalinen dementia, afasia sekä semanttinen dementia. (Muistiliitto 2013b.)

Otsa- ohimolohkorappeuma alkaa tyypillisesti jo työiässä, toisin kuin muut muistisairaudet. Kaikenikäisten dementiasairauksista otsa- ohimolohkodementia muodostaa 5 % tapauksista. Otsalohkopainotteisessa muistisairauden muodossa havaitaan ensimmäiseksi muutoksia potilaan käyttäytymisessä. Muutokset ilmenevät potilaan holtittomana käytöksenä. Lisäksi elämänhallinnalliset asiat alkavat rakoilla niin pienissä kuin suurissakin asioissa. Näitä ovat muun muassa ihmissuhteiden hallinta sekä suunnitelmallinen käyttäytyminen. Myös mielialassa ilmenee muutoksia. Lisäksi potilaalle saattaa muodostua pakonomaisia tapoja ja rituaaleja liittyen toimiin. Sairaudentunto puuttuu usein otsalohkopainotteisessa rappeumassa, joka rajaustilanteissa ilmenee kiukunpuuskina ja aggressiivisuutena. (Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat: Käypä

hoito – suositus, 2010.) Potilaan toiminta saattaa olla hyvinkin ärsykesidonnais- ta. Potilas saattaa laittaa löytämänsä silmälasit päähän, vaikka hänellä olisi jo omat lasit päässä ja juoda lasin välittömästi tyhjäksi, vaikka se ei olisikaan hä- nelle tarkoitettu. Ilman ärsyketekijää potilas saattaa istua pitkäänkin tekemättä mitään apaattisena ja aloitekyvyttömänä. Tyypillistä sairaudelle on hiipivä alku ja eteneminen vähittäin. (Rinne & Remes 2010, 167.)

Lääkityksen kohdalla haasteensa tuovat otsa- ja ohimolohkorappeutumaa sai- rastavan kohdalla usein lääkkeiden tuomat ei- toivotut käytösoireet. Rauhoitta- vien lääkkeiden ansiosta saattaakin potilaalle ilmentyä käytösoireita ja masen- nuslääkkeet voivat laukasta yliaktiivisuutta tai levottomuutta. Neuroleptien käyt- tö sen sijaan saattaa saada aikaan kaatuilua ja liikkumiseen kömpelyyttä. Siksi lääkityksen huolellinen, säännöllinen arviointi ja seuranta ovatkin tarpeellisia huomiointikohteita käytösoireisen otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavan poti- laan hoidossa. (Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat: Käypä hoito – suositus, 2010.)

3.2. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet

Muistisairaahan käytösoireista käytetään termejä käytöshäiriö, haasteellinen käyt- täytyminen, käytöksen muutos sekä häiritsevä käytös. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitteinä käytösoiretta ja haasteellista käyttäytymistä. Sana ”käytös” tarkoittaa hyväksytyjen normien mukaista, opittua käyttäytymistä, joka osoittaa hyvää käytöstä. Sana ”Oire” kuvastaa jotakin vastaista ennakoivaa seikkaa, jonkin ennakkoilmentymää. (MOT 2013.) Käytösoire voidaan määritellä myös toistuvaksi tai hankalaksi käyttäytymisen muutokseksi, joka johtuu elimellisestä aivosairaudesta. (Hallikainen ym. 2014, 332.)

Muistisairauksiin liittyvillä käytösoireilla tarkoitetaan haitallisia muistisairauden aiheuttamia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Käytösoireina il- menee muun muassa aggressiota, ahdistuneisuutta, apatiaa, depressiota, har- ha-aistimuksia, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua, poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuutumista,

tavaroiden keräilyä sekä kätkemistä ja ärtyneisyyttä. (Muistisairaudet: Käypä hoito – suositus, 2010.)

Muistisairaudet voidaan jakaa käytösoireisiin että psykologisiin oireisiin (engl. behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD). Suomessa käytetään kuitenkin näistä yhteisnimitystä ”käytösoireet”. Käytösoireet eli käyttäytymisen piirteet ovat niitä, joita voidaan havainnoida muistisairaahan käytöksestä. Psykologiset piirteet taas tulevat esille haastateltaessa muistisairasta tai hänen omaistaan. (Sulkava 2010c.)

Käytösoireiksi kutsuttua käyttäytymistä esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa, mutta etenkin keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa se koetaan ympäristön taholta eniten ongelmallisena. Muistisairaista lähes jokainen toimii sairautensa jossain vaiheessa niin, että tilanne koetaan hankalana ja vaikeasti hallittavana. (Eloniemi- Sulkava ym. 2011, 17.) Muistisairaalle itselleen käytösoireet ovat pyrkimyksiä selviytyä sietämättömässä tilanteessa, saada jokin muu tarve tai toive toteutumaan tai parantaa omaa elämänhallinnan kokemustaan niillä keinoin, mikä tuntuu siinä hetkessä mielekkäältä toimintatavalta. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2008, 233.)

3.2.1. Käytösoireiden eri ilmenemismuotoja

Tavallisimpia muistisairaiden kärsimiä käytösoireita ovat levottomuus, persoonallisuuden muuttuminen, apaattisuus, masennus, uni- ja valverytmien häiriöt, psykoottisesti ilmenevät oirehdinnat sekä ahdistuneisuus. Vähemmän tavattavia käytösoireita ovat syömishäiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. (Vataja 2010, 91.)

Levottomuus on hyvin yleinen ja voimakkaasti lähiympäristöä kuormittava käytösoire muistisairailta (Laitala 2008, 34- 35; Koponen ja Saarela 2010, 495; Saarnio, Isola ja Mustonen 2011, 50- 51). Laitalan (2008, 34- 35) dementiahoitoyksiköille tekemässään tutkimuksessa haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuodoista yleisimmäksi koettiin levottomuus 32 %:lla kaikista käytösoireista.

Saarnion, Isolan ja Mustosen (2011, 50- 51) julkaistussa tutkimuksessa muistisairaana muita vanhuksia häiritsevää levottomuutta ilmeni enemmän, kuin muita haasteellisen käyttäytymisen muotoja. Tutkimuksessa häiriökäyttäytyminen ilmeni muistisairaana rauhattomana vaelteluna, toistuvana kyselemisenä ja pyytämisenä, häiritsevänä pöytäkäyttäytymisenä, liikkumisena toisten vanhusten huoneissa sekä ulosteilla sotkemisenä. Myös tavaroiden kuljettaminen ja rikkominen koettiin merkittäväksi muita vanhuksia häiritseväksi käyttäytymiseksi.

Levottomuus voi ajallisesti olla hyvinkin pitkäkestoista, kuormittavaa sekä hoitoratkaisuiltaan vaativaa käyttäytymistä. (Koponen & Saarela 2010, 495.)

Aggressiivisuutta ilmeni tutkimuksissa yleisesti (Laitala 2008, 34- 35; Saarnio, Isola & Mustonen 2011, 50- 51; Suontaka- Jamalainen 2011, 26). Aggressiivisuus ilmeni huutamisenä ja kirkumisena, fyysisenä ja kielellisenä aggressiivisuutena, vihaisuutena, sylkemisenä sekä hoitotoimista vastustelemisenä. (Saarnio, Isola & Mustonen 2011, 50 -51.) Laitalan (2008, 34- 35) tekemässä tutkimuksessa aggressiivisuus oli toiseksi yleisin käytösoire muistisairailta, 26 % kaikista käytösoireista.

Aggressiivisuus on yleistä eteenkin Lewyn kappale- taudissa, jolloin pienikin tekijä saattaa aiheuttaa muistisairaalle suuttumuksen ja nyrkin heilahduksen. Tilanteita voivat olla muun muassa huoneesta suihkuun siirryttäessä aiheutunut vedontunne tai hoitajan lupaaman juotavan viivästyminen. Tilanteet kannattaa kin usein ennakoida. (Sulkava & Eloniemi- Sulkava 2008, 96.)

Peseytymistilanteet aiheuttavat usein haasteellista käyttäytymistä ja vastustelua. Muistisairas ei välttämättä elä enää siinä todellisuudessa, että tarvitsee toisten huolenpitoa, pesua ja vaippoja. Tilanne saattaa myös tuntua pelottavalta muistisairaasta, jos hän on mahdollisesti kokenut joskus seksuaalista hyväksikäyttöä tai ollut hyvinkin siveellinen neiti- ihminen. Muistisairas voi lisäksi muistaa myös juuri käyneensä peseytymässä, ja näin ollen loukkaantuneena kieltäytyä avusta kerta toisensa jälkeen. (Pohjavirta 2012, 62.)

Apatia on hyvin yleinen käytösoire, mutta huonosti mielletty muistisairailta. Apatia ilmenee välinpitämättömyytenä, tunne- elämän latistumisena, passiivisuute-

na, aloitekyvyttömyytenä sekä psykomotorisena hidastuneisuutena. Apaattisuus saattaa liittyä masennukseen, mutta saattaa esiintyä myös itsenäisenä oireistona. (Vataja 2010, 93.)

Persoonallisuuden muuttuminen kuuluu vahvana osana muistisairauksiin ja niiden käytösoireisiin. Aivojen rakenteiden ja säätelymekanismien vaurioiden seurauksena muistisairaiden impulssikontrolli heikentyy, ja tämän seurauksena muistisairauksien edetessä jotkin omien persoonallisuuksien piirteet saattavat korostua tai muuttua kokonaan. Tämä saattaa ilmentyä muistisairaalla muun muassa epäsiisteytenä, rivona poikkeavana muita häiritseväenä käytöksenä, mustasukkaisuutena ja pelokkuutena. (Vataja 2010, 94- 95.)

Masennus on hyvin yleinen käytösoire muistisairailla (Vataja 2010, 92). Masennuksen tunnistaminen on kuitenkin usein vaikeaa muistisairailla. Muistisairas ei itse välttämättä pysty kuvailemaan oloansa surulliseksi ja oirehdinta ilmenee ainoastaan potilaan käyttäytymisessä ja olemuksessa. Hankaluutta tulkinnaan tuo se, että muistisairauteen itseensä liittyy samankaltaisia oireita, kuin masennukseen ja päinvastoin. Masennus ilmenee muistisairailla usein itkuisuutena, hidastuneisuutena ja surullisena ilmehdintänä. Oireita voivat olla myös muistisairaahan ärtyisä käyttäytyminen sekä uni- ja valvetilojen häiriöt. (Juva 2007, 1231- 1233.)

Uni- ja valverytmien häiriöitä voi esiintyä myös käytösoireena, mutta usein taustalla on liiallinen vuoteessa vietetty aika, somaattinen sairaus, lääkehoidot, mielialaan vaikuttavat tekijät tai ”sisäisen kellon” eli tumakkeen rappeutumisesta johtuva syy, joka valvottaa muistipotilasta. Lisäksi hämäryys ja pimeys voivat aiheuttaa turvattomuutta ja väärintulkintoja. ”Auringonlaskuilmiotä” tavataan myös muistipotilailla, jolloin käytösoireet alkavat tai ovat pahimmillaan juuri pimeän vuorokauden aikaan tai alkuyöstä. (Vataja 2010, 95.)

3.2.2. Käyttöoireiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät

Muistisairauksien kohdalla käyttäytymisen muutokset eivät aiheudu yhdestä syystä, vaan ovat monitekijäisiä. Kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa on tärkeää tunnistaa ne aiheet, johon hoidolla pystytään vaikuttamaan, sillä osa käyttäytymisen muutoksista muistisairaalla kuuluu henkilön biologiaan ja persoonaan niin, ettei näitä hoidolla pystytä muuttamaan. (Vataja 2014b, 47- 49.)

Käyttöoireiden kehittymiseen vaikuttavat muistisairaahan peruspersoonallisuus, vuorovaikutussuhteet omaisiin ja henkilökuntaan, terveydentila, lääkitys, fyysinen hoitoympäristö sekä muistisairauksiin itseensä liittyvät neurobiologiset tekijät. (Vataja 2010, 91.) Lisäksi tulee ottaa huomioon muistisairaahan aiempi elämänhistoria sekä psykososiaaliset tekijät (Eloniemi- Sulkava & Sulkava 2008, 120). Ihmissuhteiden ja elämän sisällöllä on keskeinen vaikutus muistisairaalle. Sosiaaliset kontaktit, roolimutokset, verkostot ja virikkeellisyys ovat keskeisiä tekijöitä arvioitaessa käyttöoireiden syntyyn liittyviä tekijöitä. (Vataja 2014b, 47- 49.)

Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on merkittävä vaikutus muistisairaahan käyttöoireille. (Suhonen ym. 2008, 18; Pietilä ym. 2010, 262- 264). Hoitajien ymmärtämätön suhtautuminen sekä osaamattomuus muistisairauksista voivat aiheuttaa itse muistisairaalle suoraan psyykkistä pahoinvointia ja käyttäytymiseen muutoksia, jos hänen asioiden ja tarpeittensa ilmaisut mitätöidään ja käytetään valtaa yli. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen ja toimintatapojen merkitys korostuu muistisairaille eteenkin käyttöoiretilanteissa. (Pietilä ym. 2010, 262- 264.) Muistisairauden ja muiden somaattisten sairauksien ohella toimintakykyä voivat laskea erilaiset toimintakäytännöt, asenteet ja vääränlaiset vuorovaikutustavat. Psykososiaaliset käytäntömenetelmät ovat ensisijaisia auttaessa käytöshäiriöistä potilasta. Passiivinen hoito voi heikentää potilaan toimintakykyä. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Vaikeasti epäsosiaalisen tai epävakaa henkilön sairastuessa muistisairauteen, liittyy käyttäytymiseen suuremmalla todennäköisyydellä levottomuutta ja aggressiivisuutta. Aiemmin enemmänkin estyneenä, ylivoimaisena ja ahdistuneena

na tunnettu saattaa taas muuttua muistisairauden myötä muita muistisairaita todennäköisemmin ahdistuneeksi ja masentuneeksi. (Vataja 2014b, 47- 49.)

Käyttöoireiden kehittymiselle yksi merkittävä tekijä on useampien lääkkeiden samanaikainen käyttö. Monilääkitykseen liittyvät haitta- ja yhteisvaikutukset voivat suoraan aiheuttaa psykiatrisia käyttäytymisen muutoksia. Myös käyttäytymisen muutoksiin tarkoitetut lääkkeet voivat lisätä psyykkistä oireilua. (Vataja 2014b, 47- 49.) Lääkehoitojen asianmukainen hoitaminen vaatii suurta osaamista. Puutteelliset tiedot lääkkeistä ja hoitajien väsyminen johtavat helposti siihen, että muistisairaita lääkitään liian helposti, ja kaikkia oireita hoidetaan lääkkein. Näin kasvavat myös lääkemäärät, lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ja käyttöoireet. Nämä taas osaltaan lisäävät hoitotyön taakkaa ja hoidon tarvetta. (Kivelä 2006, 66 -68.)

Äkillisten muutosten ja käytöshäiriöiden ilmetessä on syytä selvittää epämukavuutta aiheuttava tekijä (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2010). Yhtenä merkittävänä tekijänä niistä on kipu, joka onkin usein alihoidettua. Tämä saattaa johtaa käyttöoireiden syntyyn, joka taas altistaa psyykelääkkeiden turhalle käytölle. Kivun asianmukainen hoito parantaa merkittävästi muistisairaana kärsimystä, helpottaa hoidettavuutta sekä parantaa potilaan toimintakykyä. (Suhonen ym. 2008, 17.) Muita epämukavuutta aiheuttavia tekijöitä voivat olla ummetus, virtsaretentio, epäasianmukainen lääkitys, infektio, turhautuminen, päihteiden käytön tuomat haittavaikutukset, metaboliseen häiriöön johtavat tilat, kuten maksan, munuaisten, keuhkojen tai kilpirauhasen toimintahäiriö, nestetasapainon häiriöt tai hypo- tai hyperglykemia. On myös syytä pois sulkea epileptinen kohtaus, sydän- ja verisuonisairaus, aivoverenkiertosaireus, kasvain tai traumaan liittyvä tekijä. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2010.)

Deliriumin tunnistaminen käyttöoireista on erittäin tärkeää, jotta vanhus saa tarvitsemansa hoidon elimelliseen syyhyn. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2008, 233.) Delirium eli sekavuustila on aivo- oireyhtymä, joka liittyy vahvasti moniin somaattisiin sairauksiin ja lääkkeisiin aiheuttaen äkillisen käyttäytymismuutoksen. Deliriumia esiintyy keskimäärin 25 % sairaalassa hoidettavilta vanhuksilta. (Pitkälä ym. 2010, 213.) Vanhuspotilailla delirium puhkeaa tavallisimmin saira-

lahoidon aikana. Palliatiivisessa hoidossa vanhuspotilaista jopa valtaosa saat-
taa kärsiä deliriumista. Deliriumille altistavia tekijöitä ovat korkea ikä sekä jokin
aivosairaus, eteenkin etenevä muistisairaus. (Laurila 2012.) Muita altistavia teki-
jöitä ovat stressi, huono näkö ja kuulo, yleiskunnon heikkous sekä lääkkeiden ja
päihdeaineiden käyttö ja niiden yhtäkkinen lopettaminen. Hoitamattomana deli-
rium on hengenvaarallinen tila. Deliriumin oireita ovat tajunnantason lasku sekä
huomiointikyvyn ja tarkkaavaisuuden lasku. Lisäksi ilmenee aistiharhoja ja har-
haluuloja. (Huttunen 2013.)

3.2.3. Käyttöoireiden selvittely ja arviointi

Muistisairaiden käyttöoireet aiheuttavat hoidollisia haasteita ja ongelmia. Nämä
voivat olla ohimeneviä tiloja tai jatkua jopa vuosikausia. Hoidon tulisikin perus-
tua tilanteen selvittelyyn ja arviointiin. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus
2010.) Käyttöoireita selvittäessä tulee huomioida useita eri tekijöitä. Näitä ovat
muun muassa muistisairaahan fyysisen tilanteen huomiointi, elämänhistorian ja
persoonallisuuden mahdollisimman hyvä tunteminen, kokemusten kuunteleminen
ja hyväksyminen, ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät sekä
sairaanhoidollisten ongelmien tunnistaminen. (Eloniemi- Sulkava & Sulkava
2008, 115, 120.)

Käyttöoireiden selvittelyyn on kehitetty neuropsykiatrinen haastattelu, jonka
avulla voidaan lähteä selvittämään muistisairaahan käyttöoireita ja antaa
avaimia arviointiin eri hoitojen vasteesta. Neuropsykiatrisessa haastattelussa
(Neuropsychiatric Inventory, NPI) arvioidaan 12 psykologista oiretta tai käyttäy-
tymisen muutosta. Näitä ovat harhaluulot, aistiharhat, levottomuus/aggressiivisuus,
masentuneisuus/alakuloisuus, kohonnut mieli-
ala/epäasianmukainen iloisuus, ahdistuneisuus, apatia/välinpitämättömyys, es-
tottomuus, ärtyneisyys/mielialan vaihtelu, motorisesti poikkeava käytös, unen
häiriöt ja ruokahalun ja syömisen häiriöt. NPI perustuu potilaan oireisiin ja asioi-
hin ja haastattelun täyttää laitoshoidossa potilaan parhaiten tunteva hoitaja.
Muita muistisairauksiin liittyviä mittaristoja ovat muun muassa muistia testaava

MMSE eli Mini- mental State Examination ja CDR eli Clinical Dementia Rating. (Muistiasiantuntijat 2014.)

3.3. Hoitotyön keinot käytösoireiden hoidossa

Käytösoireiselle muistisairaalle lääkkeetön hoito on ensisijainen käytösoireiden hoitomuoto, joka tarkoittaa muistisairaahan asianmukaista kohtelua sekä ohjaamista elämän ja arjen sujumisessa. Lääkehoitoa tulee käyttää käytösoireisiin vasta, kun muu hoito ei riitä. (Vataja 2014a, 58.) Yleisesti käytettävät hoitomuodot muistisairaahan ihmisen hoidossa voidaan jakaa suoraan auttaviin hoitomuotoihin että välillisesti auttaviin hoitomuotoihin. Suoraan vaikuttavia hoitomuotoja ovat lääkehoito, psykososiaaliset hoitomuodot että muistisairaahan tarpeiden huomioiminen hoidossa. Psykososiaaliset hoitomuodot ovat emotionaalista tukea antava hoito, psykomotoriset hoitomuodot, mielekäs toiminta ja aktiviteetit sekä käyttäytymisen hallintaa positiivisesti tukevat menetelmät. Välilliset hoitomuodot ovat omaisten huomioiminen hoitokokonaisuudessa, henkilökunnan koulutus sekä ympäristön parantaminen edullisempaan suuntaan. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 20.)

Muistisairaahan hyvä hoito edellyttää kykyä ymmärtää potilaan tarpeita sekä vaatii eläytymistä muistisairaahan ihmisen kokemuksiin. Tärkeää on myös ymmärtää muistisairasta kognitiivisten muutosten tarpeissa. (Suhonen ym. 2008, 18.) Ei ole todistettu olevan mitään yhtä selvää terapiamuotoa, jolla voitaisiin käyttää käytösoireita yksin hoitaa, vaan hoidossa huomioidaan yksilölliset tekijät; käyttämällä hyödyksi psykososiaalisia, hoidollisia sekä lääketieteellisiä menetelmiä. Hoito räätälöidään jokaista muistisairasta ja hänen tarpeitaan vastaavaksi. Muistisairaahan käyttäytyminen tulee nähdä kokonaisvaltaisena tilanteena, jossa muistisairas käyttää niitä toimintatapoja ja reaktioita, joita hänellä on sillä hetkellä käytössään. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 232- 233.)

Laitalan (2008, 41) tekemän tutkimuksen mukaan yleisin hoitotyön keino haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen henkilön hoidossa oli ajan antaminen dementoituneelle ja tilanteesta keskustelu (83,1 %). Toiseksi yleisin keino oli

muun toiminnan järjestäminen, jotta haasteellinen käyttäytyminen ja tilanne saataisiin rauhoittumaan (80,8 %). Kolmanneksi tavallisin keino oli dementoituneelta kysyminen, mikä on hätänä (79,2 %). Muita hoitotyön keinoja olivat dementoituneen henkilön taustatietojen selvittely hoitosuunnitelmasta (23,8 %), rauhoittavan lääkkeen anto (12,3 %) sekä tuoliin sitominen (6,2 %). Tutkimukseen osallistuneista 1,5 % ei tehnyt mitään haasteellisessa tilanteessa. Muita tutkimuksessa selvinneitä hoitotyön keinoja olivat huomion kiinnittäminen muuhun toimintaan, ammattitaito, rajoittaminen ja kosketus. Näiden osuus tutkimuksessa oli 23,1 %.

3.3.1. Vuorovaikutukselliset hoitotyön menetelmät

Muistisairauksissa puheen tuotto sekä ymmärrys ympäristön puheelle katoavat vähitellen, mutta tarve vuorovaikutukseen, itsensä ilmaisemiseen ja kontaktiin säilyvät elämän loppuun asti. Tarve kommunikointiin ei häviä puhumattomuuden myötä. Erityisesti muistisairaita hoitaessa korostuu vuorovaikutustaitojen merkityksellisyys, jolloin hoitaja osaa ottaa huomioon muistisairaahan ilmaisemat viestit ja vastaa niihin myös sanatonta viestintää käyttäen. Sanattoman viestinnän keinoja ovat muun muassa kosketus, ilmeet, kehon eleet, katsekontakti, äänensävy, liikehdintä sekä etäisyys muistisairaaseen. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314- 316.)

Muistisairaahan potilaan huoneeseen mentäessä kannattaa koputtaa, sillä silloin ollaan menossa toisen ihmisen kotiin. Tärkeää on kertoa kuka on tulossa ja pyytää lupaa. (Soisalo 2013.) Ole oma itsesi ja pyri luottamukselliseen sekä välittävään ilmapiiriin. (Papunet 2013.) Vaikka muistisairaahan kanssa olisi joka päivä tekemisissä, muistisairas ei välttämättä muista sairautensa vuoksi. Huoneeseen tultaessa kannattaa istua. Näin hierarkia- asetelma muuttuu ja näin myös katsekontakti mahdollistuu, kun ollaan samassa tasossa. Rauhallisuutta kannattaa viestittää unohtamalla hetkeksi omat asiat ja että on aikaa muistisairaalle. Yhteyden luomiselle tärkeää ovat eleet, äänensävy ja ilmeet. Ihminen huomaa kuka on aito. Äänensävyssä vältä ”lässyttävää” puhetyyliä, vaan pyri lämpimään,

matalaan ja rakastettavaan äänensävyyn. Kun kukaan ei kuuntele muistisairasta, myös käytöshäiriöt lisääntyvät. (Soisalo 2013.) Muistisairaahan kohtaamisessa tärkeintä on tasavertaisuus. On tärkeää tarkkailla mitä muistisairas ymmärtää, ymmärtää hänen näkökantansa ja haluaako hän jatkaa vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta voidaan parantaa käyttämällä tarvittaessa selkeän lyhyitä lauseita ja sanoja sekä toistaa tarvittaessa. Asioista kannattaa puhua myös konkreettisesti ja myönteisellä sävyllä. (Papunet 2013.)

Häyhän tekemässä tutkimuksessa (2013, 37- 39) selvitettiin huumorin käyttöä muistisairaiden hoidossa. Huumori vaikutti positiivisella tavalla vuorovaikutukseen, paransi hoitotoimenpiteiden suorittamista, paransi luottamuksellista suhdetta, ja sillä pystyttiin ratkomaan jopa pieniä riitoja.

Vuorovaikutusta voidaan parantaa myös validaatio- tyyppisellä lähestymistavalla, jonka alkuunpanijana on sosiaaliterapeutti Naomi Feil. Menetelmä on kehitetty vuosina 1960- 1980, ja sen tarkoituksena on auttaa muistisairasta pysymään kiinni elämässä, olemaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa ja vajoamasta omaan maailmaansa. (Lähdesniemi & Vornanen 2009, 231.) Validaatio (engl. validate = vahvistaa) on kehitetty ja syntynyt vastapainoksi sille hoitotavalle, jolla pyrittiin realiteettiorientaation avulla saada muistisairas sitouttamaan kaikin keinoin nykytodellisuuteen. (Pohjavirta 2012, 26.)

3.3.2. Ympäristötekijöiden huomioiminen

Ympäristö on käsitteenä hyvin laaja, ja se voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Ympäristö vaikuttaa yksilön hyvinvointiin moniulotteisesti, joten hoitoympäristöäkin tulee tarkastella eri näkökulmista. Viihtyisä ympäristö tukee psyykkistä hyvinvointia, ihmiset voivat toimia aktiivisina ja hyvinvoivina esteettömästi ja turvallisesti. Viihtyisä ympäristö tukee rentoutumista, tarvittaessa sallii yksinolon ja tarjoaa virikkeellisuutta, josta esimerkkinä ulkoilumahdollisuus. Muita tärkeitä tekijöitä ovat muun muassa sosiaalinen ympäristö, sosiaalinen tuki sekä hengellisyiden mahdollistuminen. (Elo 2008, 93- 101.) Pitkälle edenneidenkin muistisairaiden hoidossa tulee kiinnittää huomiota liikunnalliseen kuntoutukseen, sillä

sen on todettu tuovan vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn, käytöshäiriöiden lievittymiseen ja kognitiivisen toimintakyvyn säilymiseen. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Hyvä ympäristö muistisairaalle vaatii huolellista paneutumista muistisairaahan erityispiirteisiin, tarpeisiin sekä kokemusmaailmaan. Hyvän ympäristön tunnusmerkkejä muistisairaahan hoidolle ovat muun muassa tuttuus ja viihtyvyys, yksikön pieni koko, turvallisuuteen liittyvät tekijät, ympäristön selkeät maamerkit ja muistisairaahan oma huone. Hoidon onnistuminen edellyttää hyvinvoivaa ja ammattitaitoista henkilökuntaa. (Juva ym. 2010, 524, 526.)

Käyttösoireiden kannalta katsottuna; ympäristön kiireellisyys, kireys, meluisuus ja rauhattomuus edesauttavat muistisairaahan käyttösoireiden syntyä ja niiden todennäköisyyttä. (Eloniemi- Sulkava & Sulkava 2008, 119.) Muistisairaalle tärkeää on hoitoyksikön turvallinen ja kodikas ilmapiiri (Juva ym. 2010, 523).

Muistisairauden myötä muistisairas ei välttämättä hahmota enää kaikkia ympäristössä esiintyviä asioita, kuten ei tunnista itseään enää peilistä tai pelkää televisiossa näkyvien ihmisten tunkeilevan hänen huoneeseensa. Nämä liittyvät muistisairaahan kognitiivisiin oireisiin, joten näitä hahmottamisen häiriöitä ei saa sekoittaa käyttösoireisiin. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2008, 233.)

3.3.3. Muistisairaahan lääkityksen ja terveydentilan huomioiminen

Muistisairaahan saamaa lääkehoitoa tulee arvioida säännöllisin väliajoin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Eloniemi- Sulkava & Sulkava 2008, 126; Lönnroos & Sillanpää 2014, 223). Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) mukaan lääkkeitä käyttävien vanhusten lääkehoidosta vastaavan, on tehtävä vähintään vuosittain lääkityksen tarpeen ja turvallisuuden arviointi. Arviot tulisi tehdä useammin, jos lääkkeiden käytössä ilmenee ongelmia, potilaan kunto on huono tai jotkin hänen perussairauksistaan ovat huonossa hoitotasapainossa. Arviointi on myös aiheellista, jos käytetään samanaikaisesti kahta tai useampaa saman lääkeryh-

män lääkettä, psyykelääkettä suurella annostuksella tai samanaikaisesti kolmea tai useampaa eri ryhmän psyykelääkettä. (Lönnerros & Sillanpää 2014, 223.)

Käyttösoireiden hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä saattaa olla hyötyä muistisaira-
raan hoidossa, mutta harvoin ne riittävät yksinään vaikuttamaan muistisaira-
n ongelmiin. Lääkkeen valinnassa on tärkeää valita valmiste, jonka haitat tiede-
tään mahdollisimman pieniksi. (Eloniemi- Sulkava & Sulkava 2008, 126.) Stein-
berg & Lyketsos (2012) tekivät tutkimuksen, jossa selvitettiin muistisairaiden
psykoosilääkkeiden käyttöä. Levottomuutta ja harhoja esiintyy iäkkäillä muisti-
sairailla yleisesti, ja niiden hoidossa käytettäviin lääkkeisiin sisältyy runsaasti
iäkkäille vaarallisia riskejä. Riskejä olivat muun muassa keuhkokuume, ekstra-
pyramidaalioireet, kognitiivinen heikentyminen sekä verenkiertoon liittyvät on-
gelmat. Siksi niiden käyttöä tuleekin tutkimuksen mukaan hyvin harkita, ja en-
nen lääkkeen aloitusta tulee kartoittaa potilaan koko tilanne. Käyttösoireiden hoi-
toa tulee lähteä selvittämään muun muassa vuorovaikutuksellisilla menetelmillä,
ympäristötekijöillä tai löytyykö käyttösoireisiin jokin lääketieteellisesti selittävä
syy.

3.3.4. Hoitotyön auttamismenetelmiä käyttösoireiden hoitoon

Muistisaira-
n käyttösoireissa korostuu ennakoivan ja ehkäisevän hoitotyön mer-
kitys. Vuorovaikutustaidoilla, asenteella ja hyvillä toimintakäytännöillä voidaan
taata muistisairaalle oikeanlainen perusta hoidolle. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Aggressiivisen käyttäytymisen laukaisee usein jokin tietty tilanne, kuten hoito-
toimenpiteen suoritus. Tällainen potilas ei useinkaan ymmärrä, mitä ollaan te-
kemässä ja miksi. Tärkeää onkin kartoittaa, miten tilanne voitaisiin jatkossa es-
tää. Muistisaira-
n jäljellä olevia voimavaroja tulisi hyödyntää, eikä vaatia teke-
mään mitään sellaista, joka ylittää hänen sen aikaisen toiminta- ja käsityskykyn-
sä. (Leinonen & Santala 2002, 3364.)

Laitalan (2008, 47- 49) tutkimuksen mukaan aggressiivisen potilaan hoidossa
käytettiin hoitotyön keinoina ajan antamista potilaalle läsnäololla, keskustelulla

ja kuuntelulla. Rajoittamista hoidettiin niin fyysisesti kuin lääkehoidolla, hyödynnettiin hoitajan omaa ammattitaitoa, kiinnitettiin potilaan huomiota muuhun toimintaan sekä käytettiin niin fyysistä kuin terapeuttista kosketusta hoitotyön keinoina. Tutkimukseen osallistuneiden vastaajien kohdalla osa henkilökunnasta pystyi toimimaan aggressiivisen potilaan kanssa, mutta osa koki pelkoa ja halusi tarjota potilaalle lisää lääkitystä. Tilanne koettiin jatkuvana kiistanaiheena yksikössä.

Levottomuuden taustalla voi olla aiempi stressaavaksi koettu tilanne. Traumaattiset kokemukset voivatkin ilmetä muistisairaalle painajaisina tai muina pahoina ajatuksina, joten oleellista on luoda muistisairaalle salliva ja ymmärtävä ilmapiiri. Tärkeää on, että muistisairas pääsee puhumaan näistä ajatuksista omalla tavallaan. (Saarela & Hiltunen 2013, 218- 220.)

Levottomuuden hoitoon käytettiin Laitalan (2008, 44- 47) tutkimuksessa eniten ajan antamista potilaalle sekä huomion kiinnittämistä muuhun toimintaan. Muita hoitotyön keinoja olivat rajoittaminen, kosketus sekä ammattitaidon hyödyntäminen, jota oli ammatillista että epäammatillista. Ammatillisuus kävi ilmi levottomuuden ennakointina ja levottomuuden syiden selvittämisenä. Ammatillisuus ilmeni lisäksi ympäristötekijöiden huomioimisena, rauhallisen ympäristön luomisena, yhteydenottona lääkäriin, hoitopaikan soveltuvuuden arviointina, hoitajan oman persoonallisuuden käyttämisenä sekä päivittäisten rutiinien toteuttamisena ja hoitajan itsensä kouluttautumisena.

Univaikeudet ovat tavallisia muistisairauden käytösoireita. Tutkimusten mukaan muistisairaista joka neljäs kärsii yöllisistä heräilyistä. Univaikeuksiin voi muistisairaalla auttaa vuoteessa olon rajoittaminen, kirkasvalohoito sekä melatoniinin käyttö. (Koponen & Saarela 2010, 489, 497.) Uni- ja valverytmin muuttumisen takana saattaa olla käytösoire, mutta muutkin tekijät voivat vaikuttaa huonoon unenlaatuun. Näistä esimerkkeinä ovat lääkitys tai muistisairaahan somaattiset vaivat, kuten sydämen vajaatoiminta, levottomat jalat tai kivut. Muistisairaille esiintyy myös niin sanottua ”aurionlaskuilmiotä”, jolloin käytösoireet ovat vaikeimmillaan tai lisääntyvät juuri alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. (Vataja 2010, 95.)

Aistiharhat sekä näkö- ja kuuloharhat ovat yleisiä muistisairaiden käytösoireita. Tämä korostuu eteenkin niillä, joilla on huono kuulo ja näkö. Hyvänä lääkkeettömänä hoitokeinona voidaan pitää ympäristön muuttamista siten, että se on paremmin aistittavissa muun muassa parempaa valaistusta hyödyntäen. (Vataja 2010, 94.) Äkillisesti alkaneiden harhojen ilmentyessä muistisairaalle, voi se olla merkki lääkkeen haittavaikutuksesta tai sekavuustilan kehittymisestä. (Koponen & Saarela 2010, 495.)

Hoitotoimia vastustavien muistisairaiden hoidossa hoitotyön keinoina käytettiin Laitalan tutkimuksessa (2008, 57- 58) ammattitaitoa, huomion kiinnittämistä muuhun toimintaan sekä ajan antamista. Ammatillisuus oli yksilöllisyyden huomioimista, sopivan pesuhetken odotusta ja sitä, ettei mitään tehdä väkisin.

Epätarkoituksenmukaista vaeltelua voi yrittää vähentää tunnistettavilla merkeillä, joilla saattaa olla muistisairaalle turvallisuutta lisäävä vaikutus. Vaeltelun taustatekijöitä miettiessä, tulisikin pohtia onko liikkumisella jokin mielekäs tai mielekkyyttä lisäävä vaikutus muistisairaalle. (Koponen & Saarela 2010, 490.) Vaeltelun lisäksi toistuvat kyselyt ja tavaroiden keräily saattavat olla muistisairaalle keinoja yrittää hallita psyykkistä hyvinvointia mielen sisäisessä kaoottisessa olotilassa. Sen sijaan, että lääkittäisiin muistisairasta rauhoittumaan, voitaisiinkin miettiä, miten vuorovaikutus- ja ympäristökeinoin voitaisiin rauhoittaa muistisairaalle sisäistä maailmaa. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2008, 234.)

Kun ongelmana on muistisairaalle **kovaääninen huuto**, tulee selvittää ettei huuutojen takana ole kiputilat, masennus, hoitamaton sairaus tai fyysisesti epämuodokas olo. Myös virikkeettömyys voi aiheuttaa levottomuutta. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

Muistisairaalle puhe äidistä, lapsista ja kaipuusta kotiin, ovat muistisairaalle jääneet tunteita herättävinä ja merkityksellisinä elämänaikaisina asioina ja sanoina mieleen. Hoitotyössä sen merkityksen ymmärtäessä, että muistisairaalle nämä asiat merkitsevät usein juuri turvallisuuden hakua ja elämänhallintaan pyrkimystä. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2008, 232.) Ikävä ei niinkään ole ajan ja paikan ikävää (Soisalo 2013). Turvallisuuden tunnetta voidaan muistisairaille

tuottaa myös hoivaamisen tarvetta hyödyntäen, jota onkin käytetty muistisairaiden hoidossa jo pitkään. Tutkimuksen mukaan muistisaira, jotka saivat hoitaa ja toteuttaa huolenpitoa nukkea hoivaamalla, vähensi se huomattavasti muistisairaiden levottomuutta, aggressioita ja muihin ihmisiin kohdistunutta häiriökäyttäytymistä. (Fernandez, Bronwyn & Fleming 2013, 121.) Tunteiden merkitys onkin tärkeää, ja muistisairauden edetessä lisääntyy usein myös tunneherkkyys. (Nukari 2014, 104.)

Hoitamaton masennus saattaa ilmetä potilaan harhaluuloisuutena, estyneisyytenä ja toimeliaisuuden puutteena. Lisäksi oireena saattaa ilmetä nukahtamisvaikeutta sekä potilaan pelkoa hengenvaarallisten somaattisten sairauksien vaaroista ilman fysiologisesti selitettäviä taustoja. Masennuksen tunnistaminen onkin tärkeää, mutta usein vaikeasti havaittavissa voimakkaiden, somaattisten oireiden muodoista. (Koponen & Leinonen 2008, 132, 135.) Lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavista 20- 30 % kärsii masennuksesta. Vaikean muistisairauden yhteydessä esiintyvyys on pienempää. Vaikeaan masennukseen lääkkeillä on todettu olevan myönteinen vaikutus muistisairaaseen. Psykososiaalisen tukimuodon tulee aina kuulua masennuksen hoitoon, on masennuksen taso minkä asteinen tahansa. (Saarinen, Kivelä & Räihä 2010.)

Masennusta voidaan lähteä kartoittamaan arvioivilla mittaristoilla, joita ovat muun muassa GDS eli Global Deterioration Scale, jota käytetään myöhäisiän depression seulontaan sekä Cornellin masennusasteikko, jota käytetään demensioireisten muistisairaiden depression mittaamiseen. (Muistiasiantuntijat 2014.)

3.4. Muistisairaahan fyysinen ja kemiallinen rajoittaminen

Perustuslaki turvaa jokaisen ihmisen oikeuden elämään, turvallisuuteen, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Tahdosta riippumattomia toimenpiteitä voidaan muistisairaalle tehdä vain, jos tällaiseen toimintaan löytyy oikeuttava säännös. Muistisairasta koskettavia rajoittavia toimenpiteitä ovat oven lukitseminen, geriatriin tuoliin sitominen tai muu henkilökohtaisen vapau-

den rajoitus. Rajoitteisiin oikeuttavia säännöksiä pystytään soveltamaan erityislainsäädännössä muun muassa mielenterveys- ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetuilla lailla, mutta vain, jos ne voidaan hoidollisesti perustella. Hoidollisesti on perusteltua, jos rajoite on huolenpidon ja turvallisuuden kannalta välttämätön ja se voidaan katsoa muistisairaana potilaan hyväksi hoidoksi ja kohteluksi. (Kotisaari & Kukkola 2012, 98- 105.)

Toimivalla lainsäädännöllä pyritään luomaan potilaille hyvät edellytykset toimivalle hoidolle. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista antaa osaltansa määritteensä hyvälle hoidolle. Iäkkään henkilön palveluntarpeista ja niihin vastaamisesta on määritelty lainsäädännön 14§ pykälässä muun muassa seuraavasti:

”Pitkääaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveystalvvelut on toteutettava niin, että iäkkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.” (L 28.12.2012/980.)

Hoitohenkilökunta toimii usein hyvin ymmärtäväisesti kohdatessaan muistisairaita potilaita, mutta myös fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttäminen on yleistä. Vahvalla hoitotyön johtamisella sekä perus- ja täydennyskoulutuksilla voidaan kuitenkin vähentää rajoitteiden käyttöä ja täten lisätä hyvän hoidon eettisiä periaatteita hoitotyössä. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 54.)

Saarnion (2009, 58- 59, 67) tekemässä tutkimuksessa pöytälevyjen ja sängynlaitojen käyttö koettiin pääasiallisesti hyväksyttäväksi, mutta esimerkiksi magneettivöiden käyttö koettiin jopa vapaudenriistoksi. Yleisimpiä fyysisen rajaamisen muotoja oli sängynlaitojen ylösnosto, pöytälevyjen käyttö, pyörätuoli ja tavallinen tuoli vyöllä käytettynä, turvaliivi, magneettivyö sekä lepositeiden käyttö. Myös oven lukitsemista käytettiin rajaavana toimenpiteenä. Rajoitteet koettiin eettiseksi valintatilanteeksi, jossa puntaroitiin vapaudenriiston ja turvallisuuden välillä. Vanhus, jonka liikkumista rajattiin fyysisin toimenpitein, altistui myös psyykkiselle ja fyysiselle kaltoinkohtelulle. Fyysistä kaltoinkohtelua koettiin tapahtuvan etenkin silloin, kun rajaustilanteissa jouduttiin käyttämään raakaa voimaa.

Hurmeen (2013, 17- 18, 42) tutkimustulosten mukaan fyysistä rajoittamista käytettiin yleisesti osastoilla, mutta toisaalta myös vaihtoehtoisia hoitokeinoja käytettiin fyysisen rajaamisen tilalla. Fyysiseen rajaamiseen päädyttiin, kun muutaakaan ei voitu. Henkilökunta kuitenkin koki rajoittamisen ristiriitaisena toimenpiteenä ja tiedosti sen eettisenä ongelmana.

Kemiallista rajoittamista käytetään silloin, kun halutaan tahallisesti tai tahattomasti rajoittaa vanhuksen liikkumista tai muita toimintoja lääkkeellisin menetelmin. Psyykeläkkeet ovat yleisin käytettävä lääkehuolto. Kemiallisten rajoitteiden käyttö heikentää ikääntyneen itsemääräämisoikeutta ja aiheuttaa runsaasti haitallisia sivuvaikutuksia sekä laskee kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. Epätarkoituksenmukaista kemiallista rajoittamista tulisikin saada vähennettyä kouluttamalla henkilökuntaa sekä parantamalla lainsäädäntöä, määräyksiä ja ohjeita. (Kivelä 2010.) Erittäin hankalat käytösoireet kuuluvat muistipoliklinikoiden ja vanhuspsykiatrian hoitopiiriin, sillä niissä pystytään resurssein ja kyvyin hallitsemaan hankalatkin kriisitilanteet. (Suhonen ym. 2008, 16.)

Muistisairailla on suuri riski joutua kaltoinkohtelun uhriksi. Kaltoinkohtelua on lisäksi usein vaikeaa määritellä. Aggressiivinen omainen tai hoitotyöntekijä, joka ei riittävästi tunne muistisairaansa toimintamalleja, saattaa tietämättään aiheuttaa muistisairaalle kaltoinkohteluksi luokiteltavia tilanteita. Tällaisten tilanteiden ennaltaehkäisyyn on hyvä varautua analysoimalla riskitekijöitä, jo tapahtuneita malleja sekä kouluttamalla henkilökuntaa. Riittävällä ja koulutetulla henkilökunnan määrällä, potilaan hoitotahdon ilmaisulla sekä edunvalvonnalla voidaan muun muassa parantaa potilaan turvaa. (Kotisaari & Kukkola 2012, 98- 105.)

Vanhusten ja hoitajien vuorovaikutusta lisäämällä pystyttiin Saarnion (2009, 83-84) tutkimuksessa vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttöä, jolloin hoitaja kuunteli vanhusta, oli läsnä, kosketti vanhusta ja toimi muutoinkin rauhoittavasti. Muita fyysisten rajoitteiden käyttöä vähentäviä tekijöitä olivat pitkäaikaisen lääkärin hoitosuhde potilaaseen, fysioterapian mahdollisuus sekä hoitohenkilökunnan kouluttaminen.

4 OSASTOTUNTI

Osastotunnin suunnittelu lähti käyntiin jo tämän opinnäytetyön suunnitteluvaiheen aikoihin. Osastotuntia suunnittelimme Vehmaan hoivaosastojen toiminnasta vastaavan osastohoitajan kanssa Vehmaalla. Opinnäytetyön edetessä olimme yhteydessä vielä puhelimitse sekä sähköpostitse. Osastotunnin tarkoitus oli lähteä vastaamaan työelämästä tuleviin tarpeisiin, joten päädyimmekin kohdistamaan muistisairaankäyttöoireiden osuutta painottamalla lääkkeettömiin hoitomuotoihin. Tarkoituksena oli saada tarjottua henkilökunnalle lisää käytännön eväitä toteuttaa muistisairaankäyttöä hoitoa. Toivomuksena oli myös, että osastotunti ei olisi pelkkää teoriaosuutta. Ajallisesti osastotuntiin oli varattu aikaa 1 tunti - 1tunti 30 minuuttia.

Osastotunti toteutettiin Vehmaan hoivaosastoilla 7. huhtikuuta 2014. Paikalle oli saapunut eri yksiköistä mukaan 11 hoitajaa, joista 9 toimi pääasiallisesti hoitotyössä. Osastotunti aloitettiin PowerPoint-esityksenä toteutetulla teoriaosuudella, joka kertoi eri muistisairauksista, niiden tyypillisimmistä käyttöoireista, käyttöoireiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä sekä niiden arvioinnista sekä hoitotyön keinoista (liite 1.). Teoriaosuus kesti 40 minuuttia.

Aihetta muistisairaankäytöstä tultiin lisäksi avaamaan kuulijoille pienryhmissä toteutettavilla case- tehtävillä. Sana "Case" tarkoittaa tapausta, esimerkkitapausta. (MOT 2013.) Case- tilanteet liittyivät käytännönläheisiin hoitotoimenpiteisiin ja kommunikaatiotilanteisiin. Case- tehtävän tarkoituksena oli herätellä kuulijoita aktiivisen oppimisen kautta. Tehtävän tarkoituksena oli avartaa suhtautumista ja mielipiteitä muistisairaankäytön hoitoon liittyvissä asioissa ja antaa mahdollisia käytännön eväitä arjen tueksi. Osastotunnilla jaoimme kuulijaryhmän pöytäkuntiin, joissa mietittiin tiettyä case- tapausta. Aikaa ryhmillä oli noin 15 minuuttia pohtia tapausta. Tapaukset aiheuttivat keskustelua ryhmässä runsaasti ja kaikki pääsivät pohtimaan omia ratkaisujaan hoitotyön käytännön ja eettisten asioiden parissa. Kaikki case- tapaukset käsiteltiin vielä lopuksi yhdes-

sä, jolloin muista ryhmistä tuli vielä huomionarvoisia toimintaratkaisuja ja asioita esille.

Case- tapaus, käytösoire 1:ssä käsiteltiin 90- vuotiaan rouvan hoitomuotoja sekä hoitajan omia voimavaroja toteuttaa muistisairaahan hoitoa, kun rouva käyttäytyi hoitotoimissa aggressiivisesti. Aggressiivisuus ilmeni sylkemisenä, kiroiluna, hoitajan satuttamisena sekä uhkailuna. Osastotunnilla lääkkeettömiksi hoitomuodoiksi nousivat selkeään kerronnan merkitys, ympäristön ja rauhallisuuden huomiointi, ajankäyttöön liittyvät asiat sekä hoitajan asenteet toteuttaa hoitoa. Vuorovaikutus koettiin hyvin merkitykselliseksi asiaksi. Hoitomuodoksi nousi myös se, että jos hoitotoimien eteneminen pysähtyy muistisairaahan aggressiivisuuteen, annetaan tilanteen ”nollaantua” ja yritetään hoitotoimia myöhemmin uudelleen. Huumorin käyttö, asioiden kiinnittäminen muuhun kuin hoitotoimiin sekä sanamuodoilla koettiin olevan merkitystä hoitotoimien onnistumiselle. Hoitajan omiksi voimavaroiksi nousi asioiden läpikäyminen kollegoiden kanssa sekä se, että hoitovuoroja vaihdeltiin muistisairaahan kohdalla niin, ettei sama hoitaja ollut aina hoitamassa tätä tiettyä muistisairasta.

Case- tapaus, käytösoire 2:ssa pohdittiin osastohoidossa olevan 85- vuotiaan muistisairaahan miehen hermostumista. Mies yrittää lähteä osastolta useasti päivässä hoitamaan sekä lypsämään kotieläimiä. Tässä case- tapauksessa oli tarkoitus lähteä pohtimaan sekä eettisiä että eettisesti arveluttavia keinoja. Eettiseksi keinoiksi nousi tilanteen selvittely miehelle rauhallisesti ja asiallisesti, mikä tilanne nyt on, että lehmät mahdollisesti jo annettu pois tai on jo lypsetty. Tilanteen kärjistyessä, ja puhumisen tehottomuuden jälkeen koettiin pienen lievän rauhoittavan lääkkeen auttavan miehen hermostuneisuuteen, ja olevan näin eettinen keino. Eettisesti arveluttavaksi keinoksi nousi tilanteen ja todellisuuden töksäyttäminen pahasti miehelle, väärään ajankohtaan tai kellonaikaan vetoaminen sekä valkoisten valheiden käyttö.

Case- tapaus, käytösoire 3:ssa käsiteltiin aggressiivista potilasta. Potilas käyttäytyi tiettyjen hoitajien mukaan hyvinkin uhkaavasti, mutta osa hoitajista taasen tuli hyvin toimeen muistisairaahan kanssa. Tarkoitus oli pohtia, miksi osassa tapauksissa vuorovaikutuksellinen tilanne katkesi ja millä eri hoitotyön lääkkeettömin

keinoin pystyttiin vähentämään potilaan aggressiivista käytöstä. Hoitajan ja potilaan välisen tilanteen kärjistymisen syiksi nousi osastotunnilla hoitajien erilaisuus kattaen muun muassa temperamenteista johtuvat tekijät sekä hoitajan sukupuolen merkitys. Sukupuolen merkitys nousi puheenaiheeksi erityisesti miespuolisten hoitajien kohdalla. Mieshoitaja saatettiin helposti mieltää lääkäriksi, jolloin muistisairas saattoikin noudattaa miespuolisen hoitajan ohjeistuksia toisinaan paremmin koulutustasoon viittaavien tekijöiden vuoksi. Toisinaan taas mieshoitaja saatettiin kokea uhkaavaksi tilanteeksi, eteenkin naispotilaiden kohdalla. Muistisairas naispotilas ei ollut tottunut miespuolisen hoitajan toteuttamiin pesutoimenpiteisiin, ja tämä aiheuttikin osalle potilaista uhkaavan tilanteen tuntua. Miespuolisille muistisairaille usein miessukupuolen hoitaja koettiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi.

Lääkkeettömiä hoitokeinoja pohtiessa esiin nousi huumorin käyttö hoitotoimenpiteissä, kiireetön työote, potilaan omien voimavarojen huomioiminen, vähättelevätön ote muistisairaaseen sekä tasa- arvoisuus hoitosuhteessa. Myös pienen tauon ja tilanteen ”nollauksen” koettiin olevan hyvä hoitotyön keino. Muita esille nousseita tekijöitä olivat hoitajan vaihtaminen, ajankohdan huomioiminen sekä tasavertaisuus. Tasavertaisuus mahdollistettiin siten, että hoitotoimenpiteisiin osallistui vain yksi hoitaja, jolloin muistisairas ei saanut kokemusta siitä, että hänen tilansa ja reviirinsä olisi uhattu sekä hänen luokseen hyökätty useamman hoitajan voimin.

Case- tapaukset löytyvät tarkemmin tämän opinnäytetyön liitteistä (liite1).

Osastotunnilla kiersi lisäksi kansio, johon oli koottu yleisimpiä muistin, masennuksen ja käytösoireiden arviointiin kehitettyjä testejä, sekä muutama alan teos muistisairaiden kohtaamisesta.

Aihe tuotti positiivista keskustelua, ja kokemuksia muistisairaiden hoidosta jaettiin koko osastotunnin aikana. Osastotunti kesti kokonaisuudessaan 1 tunti 20 minuuttia, joka olikin suunnitteluvaiheessa annettua aikaa vastaava. Osastotunnin päätteeksi jaettiin kuulijoille palautelomake, johon vastasivat kaikki osastotuntiin osallistuneet. Palautelomakkeen tarkoituksena oli kerätä tietoa osasto-

tunnin onnistumisesta, aiheen kiinnostavuudesta sekä siitä, muuttiko osastotunti käsityksiä muistisairaiden hoidosta. Lisäksi palautelomakkeella kerättiin tietoa osallistujien työkokemuksesta sekä koulutuspohjasta. Palautelomake löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä (liite 2).

Osastotunnille osallistuneista ja palautelomakkeen täyttäneistä 5 oli työskennellyt hoitoalalla yli 30 vuotta, yksi aikavälillä 10- 20 vuotta, 4 vastanneista 5- 10 vuotta, sekä yksi oli alalle opiskeleva. Palautelomakkeeseen vastanneista kaikki (n= 11) olivat sitä mieltä, että aihe oli kiinnostava ja ajankohtainen. Lisäksi aihe koettiin tärkeäksi. Uutta tietoa aiheesta sai viisi vastanneista, kaksi sai hyvää kertausta sekä kaksi vastanneista koki, ettei saanut uutta tietoa, mutta koki kuitenkin, että kertaus on hyvästä. Kaksi osallistujaa ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan. Osastotunti kokonaisuudessaan koettiin selkeäksi ja sopivasti tiivistetyksi, esitys oli iloinen, rauhallinen ja selkeä. Ryhmätehtävä koettiin hyvänä ideana. Palautelomakkeen täyttäjistä yksi olisi toivonut kuulevan vielä lisää lääkeshoidosta sekä yksi olisi toivonut lisää elävyyttä teksteihin omilla kokemuksilla tai kuvilla. Palautelomakkeissa ei tullut kehittämisideoita tulevaisuuden varalle.

5. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta sekä väärästä. Mikä on sallittua, mitä ei saa tehdä ja mikä on suorastaan velvollisuus. Myös tutkimuksentekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, joita tutkijan tulee ottaa työssään huomioon. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Niin tähän raporttiin, kuin aiheeseenkin liittyy paljon eettisiä asioita. Tässä opinnäytetyössä etenkin aihe ”muistisairaana fyysinen ja kemiallinen rajaaminen” on hyvin paljon eettisiä kysymyksiä herättävä aihealue.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan ulkopuolisille henkilöille ja yhteiskunnalle aiheutuvien hyötyjen ja haittojen arviointia, ja huomioimista siten, että hyötyjen osuus olisi mahdollisimman suuri ja mahdollisten haittojen osuus mahdollisimman vähäinen. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75 -76.) Tähän opinnäytetyöhön on koottu käytösoireisen muistisairaana hoidon kannalta tärkeitä ja hoidossa huomioon otettavia asioita. Tämä työ tavoittaa kuulijoita, jotka osallistuvat muistisairaiden päivittäiseen hoitoon, ja tämän opinnäytetyön tuoman sisällön ansiosta ovat jatkossa mahdollisesti vielä ammattitaitoisempia ammattilaisia toteuttamaan arvokasta työtä muistisairaiden parissa.

Hyvän tieteellisen tutkimuksen tulee perustua rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen sekä tarkkuuteen. Tämä koskee niin tutkimusta, tallettamista, esittämistä kuin arviointia. Muiden tutkijoiden työn merkitystä ja saavutusta tulee arvostaa, sekä tekstiä käytettäessä tulee viitata käytettävään aineistoon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Tässä työssä on jokaisen tekstin kirjoittajan nimi ja viittaus ilmoitettu, sekä teksti pyritty pitämään alkuperäismerkitystään vastaavana siten, ettei teksti ole muuttunut käsitteiltään.

Tämä opinnäytetyö perustui kirjallisuuspainotteiseen tietoperustaan. Kirjallisuuspainotteisessa työssä käytettiin lähteinä alan kirjallisuutta ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Muita mahdollisia lähteitä olisivat voineet olla myös kehittämistyöt, asiakirjat sekä dokumentit. (Salonen 2013, 10.)

Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti ja tarkisteltava niiden luotettavuutta lähdekriittisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 189). Tutkimuksissa luotettavuutta voidaan mitata muun muassa reliabiliteetin ja validiteetin tarkastelun avulla. Reliabiliteetti kuvaa tutkittujen tulosten toistuvuutta ja johdonmukaisuutta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Jyväskylän Yliopisto 2013.)

Tässä opinnäytetyössä on hyvää luotettavuutta ja tutkimuseettisyyttä noudatettu kirjoittamalla mahdollisimman huolellisesti tarkkuutta käyttäen ja rehellisyyttä arvostaen. Tieto on ollut tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuvaa tietoa sekä tässä työssä on analysoitu eri lähteiden yhteneväisyyttä ja asiasisältöjä. Opin- näytetyöhön valittujen tekstien kirjoittajat ovat muistisairauksiin liitettyjä tunnet- tuja asiantuntijoita, sekä tiedonhaussa on käytetty tunnustettuja hakuportaaleja.

Internet on ollut suurin yksittäinen kanava muun muassa tietokantojen, asian- tuntijuusartikkelien sekä hoitosuosituksien nykyaikaiseen hakuun. Merkittävim- piä tietokantoja tälle opinnäytetyölle ovat olleet Turun ammattikorkeakoulun Nel- liportaali sekä Volter- ja Vaski- kirjastojen tietokannat. Nelliportaalin kautta tie- toa on haettu hyödyntäen muun muassa yliopistojen tutkielmia- arkistoja sekä tietokantoina Artoa, terveystietoa, Aura kokoelmätietokantaa, Medic:ia ja Ci- nahl:ia.

Käytettäviä hakusanoja ovat olleet muun muassa ”dementia”, ”käyttöoireet”, ”käytöshäiriöt”, ”muistisairas”, ”muistisairaus”, ”käyttäytyminen”, ”häiriökäyttä- tyminen”, ”haasteellinen”, ”Alzheimer”, ”Lewyn kappale- tauti”, ”vaskulaarinen”, ”verisuoniperäinen”, ”frontotemporaalinen”, ”memory diseases”, ”drug-free treatment”, ”behavioral deficits”, ”meeting” sekä ”behavioral symptoms”.

Toimeksiantosopimus haettiin tähän työhön tammikuussa 2014.

6. POHDINTA

Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoito vaatii hoitotyöntekijältä vahvaa tiedollista osaamista, hyviä vuorovaikutustaitoja, tunneherkkyyttä, kokonaisuuksien hahmottamista sekä muistisairaahan hyvinvointiin tähtäävää hoitoa. Käytösoireet tulee myös nähdä kokonaisvaltaisesti muistisairaahan näkökulmasta, pyrkimyksinä ilmaista itseään.

Tämän opinnäytetyön suunnittelu lähti käyntiin syksyllä 2013 ja tammikuussa 2014 haettiin työlle toimeksiantosopimusta. Työ on edennyt omalla painollaan kevääseen 2014. Aiheen valintaan vaikutti suuresti tämän opinnäytetyön tekijän kiinnostuneisuus muistisairaiden hoitoa kohtaan, joten tämän opinnäytetyönkin työstäminen sujui mielekkäästi.

Opinnäytteen tehtävänä oli toteuttaa kirjallisuuskatsauksen pohjalta osastotunti. Osastotunti oli mielekäs kokemus ja erittäin hyvä koulutuksen muoto työelämään. Käytösoireiden hoito vaatii monipuolista osaamista henkilökunnalta, joten lisäkoulutuksen tarvetta ei voi vähätellä.

Muistisairauksiin liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia löytyi määrällisesti runsaasti niin kotimaisina kuin ulkomaankielisinä. Haasteena tiedon rajaukselle oli se, että tietyn haettavan osa-alueen hakusanojen löytäminen oli vaikeaa, ja kirjoitelmat eivät vastanneetkaan odotettua tiedollista sisältöä. Määrällisesti erilaisia artikkeleita, pro gradu- tutkielmia, oppaita, suosituksia ja teoksia on tullut luettua suuri määrä tämän opinnäytetyön tuottamisen aikana. Vieraskielisten artikkelien ja tutkimusten määrä jäi tässä opinnäytetyössä varsin vähäiselle, sillä kotimaisten tutkimusten saatavuus oli aiheesta runsasta.

Opinnäytteeseen on yritetty koota tärkeimmiksi havaittuja tekijöitä, kuten esimerkkinä: Hoitotyön auttamismenetelmiä käytösoireiden hoitoon. Tässä on pyritty konkreettisiin esimerkkitapauksiin, joista voi olla hyötyä lähtiessä miettimään tietyn käytösoireen syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Vuorovaikutuksella todetaan useaan otteeseen olevan keskeinen merkitys käytösoireiden ennaltaeh-

käisyssä ja hoidossa. Tässä opinnäytetyössä on pyritty konkreettisesti kertomaan, miten vuorovaikutusta voidaan parantaa muistipotilaan kanssa. Vuorovaikutuksen merkitystä ei voida liikaa korostaa opinnäytetyön tekijän mielestä muistipotilaan hoidossa, joten sen merkitystä on pyritty korostamaan useissa eri yhteyksissä. Myös muistisairauden tuomien muutosten ymmärtäminen on tärkeää, joten on tärkeä tietää mitkä tekijät johtuvat itse sairaudesta ja mitkä muistisairaasta omasta persoonasta.

Tästä opinnäytetyöstä on jouduttu rajaamaan paljon tärkeitä asioita opinnäytetyön rajallisuuden vuoksi. Näitä ovat muun muassa omaisten merkitys muistisairaalle sekä erilaiset terapiamuodot.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsitellään muistisairaasta käytösoireita miltei poikkeuksetta. Olisikin mielenkiintoista kuulla jatkotutkimusaiheena myös muistisairaiden omia ajatuksia muistamattomuudesta, siihen liittyvistä käytösoireista sekä muista merkityksellisistä asioista. Tutkimuksen teettäminen olisi varmaan haasteellista, mutta sitäkin palkitsevampaa hoitotyön kehittämisen kannalta.

LÄHTEET

Atula, S. 2012a. Lewyn kappale –tauti. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 13.02.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105.

Atula, S. 2012b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 03.12.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106.

Elo, S. 2008. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Helsinki: WSOY, 92-108.

Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. 2008. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Helsinki: WSOY, 232-246.

Eloniemi- Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käyttösoireet: Hoidon haaste. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Helsinki: Edita, 117-129.

Eloniemi- Sulkava, U.; Savikko, N.; Kotilainen, H.; Köykkä, T.; Numminen, A.; Saarenheimo, M.; Suominen, M. & Topo, P. 2011. Tausta. MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos –tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) Vanhustyön keskusliitto, 17.

Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 142-158.

Fernandez, R.; Bronwyn, A. & Fleming, R. 2013. Effect of doll therapy in managing challenging behaviours in people with dementia: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports 2013;11(9). JBI Library. Fernandez (toim.) Viitattu 12.04.2014 <http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisrir/article/view/946/1531>.

Haapala, P.; Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia 3/2013. Viitattu 10.04.2014 <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.turkuamk.fi/se/g/0784-0039/27/3/tietoisu.pdf>.

Hallikainen, M. Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Sanasto. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 330-334.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hurme, S. 2013. Fyysinen rajoittaminen terveyskeskusosastolla - henkilökunnan asenteet ja eettinen ilmapiiri. Hoitotieteen Pro Gradu – tutkielma. Turun yliopisto.

Huttunen, M. 2013. Sekavuustila (delirium). Duodecimin terveyskirjasto. Viitattu 02.04.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357.

Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Pro Gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Viitattu 03.04.2014 <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311201888.pdf>.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2013. Suomalaisten sairaudet. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Juva, K. 2007. Dementia ja depressio. Neuropsykiatria. Duodecim 2007;123:1231–7. Viitattu 08.04.2014 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>.

Juva, K.; Voutilainen, P.; Huusko, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T.; Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 514-528.

Jyväskylän yliopisto 2013. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 12.01.2014 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2006:30. Viitattu 31.03.2014 <http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf>.

Kivelä, S-L. 2010. Chemical restraints in the care of the aged. Lääkärilehti. Viitattu 31.03.2014 http://www.laakarilehti.fi/e/summary.html?opcode=show/news_id=8567/type=4.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Iäkkään masennus: Tunnistaminen ja hoito. Geriatria; arvioinnista kuntoutukseen. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Helsinki: Edita, 131-143.

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käyttösoireiden hoito. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T.; Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 485-497.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca.

Laitala, O. 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen Pro Gradu –tutkielma.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista. 28.12.2012/980. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.03.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim. Viitattu 02.04.2014 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163.

Leinonen, E. & Santala, M. 2002. Dementiapotilaan hankalien käyttösoireiden hoitomahdollisuudet. Katsausartikkeli. Suomen lääkarilehti 35/2002 VSK 57. Viitattu 13.04.2014 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL352002-3363.pdf>.

Lähdesniemi, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Lönnroos, E. & Sillanpää, H. 2014. Muistisairaahan lääkehoidon periaatteet. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Helsinki: Duodecim, 222.

MOT 2013. Kielikonetoimiston sanakirja. Kielikone Oy. Viitattu 03.04.2014 <http://mot.kielikone.fi.ezproxy.turkuamk.fi/mot/TURKUAMK/netmot.exe>.

Muistiasiantuntijat 2014. Testit ja kyselykaavakkeet. Viitattu 10.03.2014 <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=testit>.

Muistiliitto 2013a. Muistisairaudet. Viitattu 03.12.2013 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>.

Muistiliitto 2013b. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 16.02.2014 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus/>.

Muistiliitto 2013c. Dementia. Viitattu 17.03.2014 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/dementia/>.

Muistisairaudet (online) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 25.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Nukari, T. 2014. Muistisairaana sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen. Muistisairaana kuntouttava hoito. Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale –tauti (online) Käypä hoito –suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 13.02.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia) (online) Käypä hoito –suositus. Muistisairauksien Käypä hoito –työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 16.02.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Papunet 2013. Muisti ja vuorovaikutus. Viitattu 03.04.2014 <http://papunet.net/tietoa/muisti-ja-vuorovaikutus>.

Pietilä, M.; Heimonen, S.; Eloniemi-Sulkava, U.; Savikko, N.; Köykkä, T.; Sillanpää-Nisula, H.; Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Keskusteluja. Gerontologia 3/2010. Viitattu 10.04.2014 <http://elektra.helsinki.fi/ezproxy.turkuamk.fi/se/g/0784-0039/24/3/kohtaami.pdf>.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T.; Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 121-141.

Pitkälä, K.; Laurila, J.; Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2010. Sekavuustila. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 213-226.

Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen. TunteVa- opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 26-31, 60-74.

Remes, A. 2014. Alzheimerin tauti. Lääkärin käsikirja. Jousimaa, J.; Alenius, H.; Atula, S.; Kattainen, A.; Pelttari, H.; Kunnamo, I. & Teikari, M. (toim.) Helsinki: Duodecim, 1380-1383.

Reunanen, T. 1999. Sairaalanasto. 4. painos. Pieksamäki: Minna Reunanen.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 165-171.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Saarela, T. & Hiltunen, P. 2013. Vaikeasti traumatisoitunut vanhus. Suomen Lääkärilehti 4/2013 vsk 68. Katsaus. Viitattu 01.04.2014 http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/6247/1_sl42013-217.pdf.

Saarela, J.; Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2010. Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset - systemoitu katsaus. Katsaus. Duodecim 2010;126:2503–9. Viitattu 13.04.2014 <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo99175.pdf>.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun Yliopisto. Viitattu 31.03.2014 <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>.

Saarnio, R.; Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1), 46- 56.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.11.2013 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 76-85.

Soisalo, R. 2013. Muistisairaahan haitallisten käytösoireiden hoito. Luentomateriaali 10.10.2013. Loimaan ammatti- ja aikuisopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Kuntainfo 6/2007. Viitattu 12.04.2014 <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1236539>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystavallinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki. Viitattu 24.11.2013 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf.

Steinberg, M. & Lyketsos, CG. 2012. Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns. *Treatment in psychiatry. The American Journal of Psychiatry*, VOL. 169, No. 9. Psychiatry online. Viitattu 13.04.2014 <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=1356972>.

Suhonen, J.; Alhainen, K.; Eloniemi- Sulkava, U.; Juhela, P.; Juva, K.; Löppönen, M.; Makkonen, M.; Mäkelä, M.; Pirttilä, T.; Pitkälä, K.; Remes, A.; Sulkava, R.; Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen lääkärilehti* 10/2008 vsk 63. Viitattu 05.01.2014 http://www.kotonaparas.fi/@Bin/141176/sll_muistisairaussuositus.pdf.

Sulkava, R. & Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Geriatria; arvioinnista kuntoutukseen. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Helsinki: Edita, 81-116.

Sulkava, R. 2010a. Lewyn kappale –tauti. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 16.02.2014 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger00805&p_haku=lewyn%20kappale.

Sulkava, R. 2010b. Aivoverisuonisairaudet muistisairauden syynä (vaskulaarinen dementia). Duodecim. Terveysportti. Viitattu 16.02.2014 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger00804&p_haku=vaskulaarinen%20dementia.

Sulkava, R. 2010c. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Geriatria. Terveysportti. Viitattu 06.04.2014 http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04490&p_selaus=16598.

Suontaka- Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisella osastolla. Pro- Gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 13.04.2014 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>

Svenskt demenscentrum 2009. Demenssjukdomar. Viitattu 07.01.2014 <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>.

THL 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystalveissa 2009. Tilastoraportti. Viitattu 17.03.2014 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80099/Tr12_11.pdf?sequence=1.

Turun ammattikorkeakoulu 2014. Opinnäytetyön lajit. Messi. Viitattu 12.04.2014 <https://messi.turkuamk.fi/opiskelu/9/9.2/Sivut/2.1.aspx>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen. Viitattu 25.11.2013. Saatavilla internetissä: www.tenk.fi ->ohjeet ja julkaisut -> Opetusmateriaali.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim, 91-99.

Vataja, R. 2014a. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten hoidon periaatteet. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Helsinki: Duodecim, 58

Vataja, R. 2014b. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten syyt & Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten kirjo. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Helsinki: Duodecim, 47-49, 49.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

LIITTEET

LIITE 1. Osastotunnin materiaali ja case- tapaukset



Johdantoa aiheeseen...

- Joka vuosi muistisairauteen sairastuu 13 000 ihmistä
- = 36 uutta muistisairausdiagnoosia /päivä
- laitospalvelun, kotihoidon ja palveluasumisen piirissä muistisairauksia sairastavia vuonna 2009 yhteensä 36 000, joka yli 10 000 enemmän kuin vuonna 2001

- Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita esiintyy jopa 90 %:lla muistisairaista
- Muistisairauksiin perinteisesti liittynyt kielteinen ja syrjivä asenne -> heikentää muistisairaiden saamaa hoitoa ja hyvinvointia

!TIETO!
!ASENTEET!

Yleisimmät muistisairaudet

Yleisimmät muistisairaudet:

Alzheimerin tauti 60- 70%

Vaskulaarinen dementia 15- 20%

Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet
kuten Lewyn kappale – tauti 15%

Parkinsonintaudin muistisairaus alle 5%

Otsa-ohimolohkorappeumat l.
frontotemporaalinen dementia 5%

Vanhempi väestö = useampi muistisairaus ei
tavatonta



Alzheimerin tauti

- 70% kaikista muistisairauksista
- Vaiheittain, hitaasti etenevä
- Taudin kesto muutamista vuosista -> 20v
- Eri vaiheisiin liittyy useasti tietynlaisia käytösoireita
- aivojen etulohkojen sisäosat rappeutuvat ensiksi -> muutoksia ihmisen tunne-elämään, mielialaan ja pelkoja sääteleviin verkostoihin.



Vaskulaarinen Dementia /VD

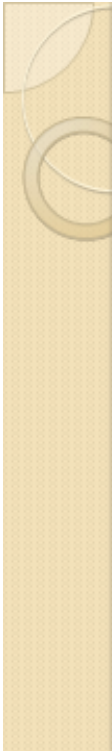
- Johtuu aivoverenkiertosisairauksista
- Yleisyys 15% muistisairauksista
- Taudin kesto riippuu sydän- ja verenkiertosisairauden laadusta
- Oireet vaihtelevat vaurion sijainnista
- Tyypillistä kuitenkin tunneherkkyys, mielialan nopea vaihtelu = itku / nauru, yöllinen sekavuus, katkokävely, depressio ja portaittainen eteneminen

Lewyn kappale- tauti

- 15 % muistisairauksista
- tyypillistä taudin hidas eteneminen
- Potilaat ovat usein hyvin herkkiä useimpien psyykelääkkeiden vaikutuksille, vaikka niihin usein tarvetta -> haasteita!
- Merkittäviä muutoksia toimintakykyyn: yksityiskohtaiset näköhäiriöt, kognitiivisten kykyjen, tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelut sekä jäykkyys ja hitaus, kävelyhäiriö ja karkea lepovapina
- pienikin tekijä saattaa aiheuttaa suuttumuksen ja nyrkin heilahduksen

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

- =frontotemporaalinen degeneraatio
- Esiintyvyys 5% muistisairauksista
- Sairaudessa hiipivä alku ja eteneminen vähittäin
- Alkaa usein jo työiässä. Tyyppioireena holtiton käytös, elämänhallinta ↓, pakonomaisia rituaaleja. Toiminta hyvin ärsykesidonnaista
- Käytösoireet voimakkaitakin, lääkehoito vaikeaa -> haasteita!



Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet

- = haitallisia muistisairauden aiheuttamia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä
- = aggressiota, ahdistuneisuutta, apatiaa, depressiota, harha-aistimuksia, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua, poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuutumista, tavaroiden keräilyä sekä kätkemistä, ärtyneisyyttä...



...Mistä sitten johtuvat?

Muistisairaahan kannalta:

pyrkimyksiä selviytyä sietämättömässä tilanteessa, saada jokin muun tarve tai toive toteutumaan sekä parantaa omaa elämänhallinnan kokemusta niillä keinoin, joita vielä käytössä

...jatkuu...

- eivät aiheudu yhdestä syystä, vaan ovat monitekijäisiä
- Muistisairaus -> Aivojen rakenteiden ja säätelymekanismien vauriot -> impulssikontrolli heikentyy. Omien persoonallisuuden piirteet saattavat korostua tai muuttua kokonaan. Kognitiiviset muutokset
- Aggressiivisuuden takana saattaa olla myös hoitamaton masennus tai harhaluuloisuutta.
- Kipu? Muu akuutti vaiva?
- Epäonnistunut vuorovaikutus? Häpeä? Nöyryytys? Virhetulkinnat? Tekemisen puute?
- Hoitoympäristö

Käyttöoireiden selvittelyyn:

- GDS eli geriatrinen depressioasteikko, MMSE ym. -> vaikeusasteiden selvittely, NPI Neuropsykiatrinen haastattelu (Neuropsychiatric Inventory), jossa 12 psykologista oiretta tai käyttäytymisen muutosta. Kehitetty käyttöoireiden selvittelyyn ja hoitovasteiden arviointiin.
- Muistisairaahan historia
- Haastattelut
- Henkilökunnan osaaminen, asenteet
- Fyysistä ja kemiallista rajoittamista?
- Somaattinen tausta

Äkilliset käytösoireet? Mitä jos taustalla onkin...

KIPU? TURHAUTUMINEN? UMMETUS?
 NESTETASAPAINON HÄIRIÖ?
 DELIRIUM? TRAUMA? MAKSAN,
 MUNUAISTEN, KEUHKOJEN TAI KILPIRAUHASEN
 TOIMINTAHÄIRIÖ? EPILEPTINEN KOHTAUS?
 SYDÄN- JA VERISUONISUONISAIRAUS?
 INFEKTIO? HYPO- TAI HYPERGLYKEMIA?
 AIVO- TAI VERISUONISAIRAUS?
 PÄIHTEIDEN KÄYTÖN TUOMAT
 HAITTAVAIKUTUKSET? EPÄASIANMUKAINEN
 LÄÄKITYS? KASVAIN? VIRTSARETETIO?



Mitä on käytösoireiden hoito?

- Hyvää vuorovaikutusta, hyviä toimintakäytäntöjä, asennetta, jossa korostuu ennakoivan ja ehkäisevän hoitotyön merkitys
- Hyvää somaattista hoitoa -> hyvä perushoito, ravitsemus, nesteytys, onnistunut lääkehoito ja kivunhoito
- Aktiviteettejä -> erilaiset terapiamuodot, virikkeellisyys ja virkistystoiminta, liikunta sekä kuntouttava päivätoiminta. Omaisten huomiointi ja osallistuminen

Vuorovaikutusta on...



Muistisairaahan potilaan huoneeseen mentäessä koputa – olet menossa toisen ihmisen kotiin. Kerro kuka on tulossa ja pyydä lupaa. Vaikka olisittekin joka päivä tekemisissä, muistisairas ei välttämättä muista sinua sairautensa vuoksi. Huoneeseen tullessa istu. Näin hierarkia-asetelma muuttuu. Näin myös katsekontakti mahdollistuu, kun ollaan samassa tasossa.

Viestitä rauhallisuutta unohtamalla hetkeksi omat asiat ja että sinulla on aikaa muistisairaille. Yhteyden luomiselle tärkeitä ovat eleet, äänensävy ja ilmeet. Ihminen huomaa kuka on aito.

Äänensävyssä vältä jäsytävää puhetyyliä, vaan pyri lämpimään, matalaan ja rakastettavaan äänensävyyn. Kun kukaan ei kuuntele muistisairasta, myös käytöshäiriöt lisääntyvät.

Muistisairaahan kohtaamisessa tärkeintä on tasavertaisuus. Tarkkaile mitä muistisairas ymmärtää ja haluaako hän jatkaa vuorovaikutusta. Yritä ymmärtää muistisairaahan näkökulma. Käytä tarvittaessa selkeitä lyhyitä lauseita ja sanoja ja toista tarvittaessa. Kerro asioista konkreettisesti ja myönteisellä sävyllä.

Yleisimpiä käytösoireita:

Vaeltelu, tavaroiden kuljettelu, toistuva kysely

- Jokin mielekäs merkitys? Eksyminen?
- Pyrkimyksenä hallita omaa psyykkistä tasapainoa ja kaoottista maailmaa
- Tekemisen puute? Huonon kontaktin saaminen muihin? Levoton ympäristö?
 - > vuorovaikutus- ja ympäristökeinot
 - > opasteet

Koti- ikävä, äiti, lapset

- tunneikävä, turvallisuuden kaipuuta, ei niinkään paikan ikävää
 - > turvallisuuden luonti

Aggressiivisuus

- Pelkoa, kauhua, harhoja?
 - Huonot vuorovaikutussuhteet?
 - Itsemääräämisen tunne ei toteudu?
 - Impulssikontrolleja hallitsevan mekanismin vaurioituminen? Ennen tuhahtelua, nyt nyrkinheilahdus
 - Vt. Äkilliset käytösoireet, syy?
 - Epävakaa persoona? Epäsosiaalisuus? Masennus?
- Henkilöhistoria!

-> Jatkuva kiistanaihe hoitoyksiköissä!

Aistiharhat

- Näkö- ja kuuloharhat yleisiä käytösoireita, korostuu eteenkin jos huono kuulo tai näkö
 - > Ympäristön parempi aistittavuus, valaistus
- Yleisintä lewyn kappale- taudissa



Univaikeudet

- Yleisiä, joka neljäs kärsii yöllisistä heräämisistä. Lääkitys? Somaattiset vaivat?
- auringonlaskuilmio
- > vuoteessa olon rajoittaminen, kirkasvalohoito, Melatoniinin käyttö

Masennus

- Usein huonosti mielletty muistisairaille
- oireina voi olla: harhaluuloisuutta, estyneisyyttä ja toimeliaisuuden puutetta, nukahtamisvaikeutta, pelkoa
- hengenvaarallisten somaattisten sairauksien vaaroista
- > geriatrinen depressioasteikko (GDS)
- > Cornellin masennusasteikko

Case- tapaus, käyttösoire 1

- Kyseessä on 90- vuotias rouva, joka ollut laitoshoidossa jo pitkään. Erinäisiä lääkekokeiluja tehty vuosien saatossa, mutta huonolla vasteella (aiheuttaen potilaalle vain lisääntynyttä sekavuutta, liiallista väsymystä). Hoitotilanteissa ongelmaa tuottaa lähinnä pesu- ja vaatteidenvaihtotilanteet. Käyttäytyminen ilmenee sylkemisenä, kiroiluna, hoitajan henkisellä ja fyysisellä satuttamisella, uhkailulla. Millaisilla lääkkeettömillä hoitomuodoilla voitaisiin lähteä lievittämään 90- vuotiaan rouvan käyttöoireita? Mitkä ovat hoitajan omat voimavarat toteuttaa hoitoa?
- Lääkkeettömät hoitomuodot:
- Selkeä kerronta, valmistelu. Ympäristö, rauhallisuus. Ajankäyttö, asenne, vuorovaikutus. Nollataan tilanne ja yritetään myöh. uudelleen. Muistisaira on omat voimavarat huomioon. Huumori, asioiden kiinnittäminen muuhun. Muut sanamuodot
- Hoitajan omat voimavarat: asioiden läpikäynti kollegoiden kanssa. Vuorotellaan hoitovuoroja.

Case- tapaus, käyttösoire 2

- Kyseessä 85- vuotias mieshenkilö, joka ollut vastuussa lapsuudestaan saakka perheensä kotieläimistä. Hermostuu useasti päivässä, kun ei pääse lähtemään osastolta ruokkimaan kotieläimiä sekä lypsylle. Miten hoitajan tulisi toimia roolissaan? Miten hoitajan oma käyttäytyminen vaikuttaa mieheen? Millä eettisin ja epäeettisin keinoin voitaisiin hoitaa tilanne niin, että mies saadaan jäämään osastolle?

Eettiset keinot: selitetään rauhallisesti ja asiallisesti, mikä tilanne nyt.

Lehmät annettu pois/ lehmät jo lypsetty. Lievä rauhoittava lääke.

Eettisesti arveluttavat keinot: pienet valkoiset valheet. Kellonaikaan vetoaminen/ väärä ajankohta. Töksäytetään todellisuus

Case- tapaus, käyttösoire 3

- Osastolla osa hoitajista kokee tietyn potilaan käyttäytymisen uhkaavaksi ja osa taas tulee hyvinkin toimeen ajoittain aggressiivisen muistisairaana miehen kanssa. Miksi kohtaaminen, vuorovaikutteinen tilanne katkeaa tietyissä tapauksissa? Millaisin lääkkeettömin hoitotyön keinoin voidaan mahdollisesti vähentää miehen aggressioita ja uhkaavaa käyttäytymistä?

a) Miksi tilanne kärjistyy potilaan ja hoitajan välillä?

Kaikki hoitajat erilaisia/ eri temperamentit. Hoitajan sukupuoli.

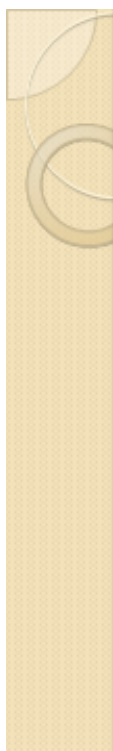
Äänenpaino, äänensävy ja puhetyyli

b) Lääkkeettömät hoitotyön keinot:

Huumori, kiireetön työote, potilaan omien voimavarojen huomioiminen, vähättelemätön ote muistisairaaseen, tasa- arvoisuus. Pienen hetken tauko/ tilanteen nollaus. Vaihdetaan hoitajaa. Väärä ajankohta potilaalle? Tasavertaisuus / ei pelon tunnetta kun yksi hoitaja, ei hyökätä.

Käytettyjä lähteitä:

- Atula, S. 2012a. Lewyn kappale –tauti. Terveystieteiden tutkimuskeskus Duodecim. Viitattu 13.02.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/koostivut/tk/koostip_artikkeliidli01105
- Atula, S. 2012b. Vaskulaarinen demensia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Terveystieteiden tutkimuskeskus Duodecim. Viitattu 03.12.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk/koostip_artikkeliidli01106
- Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Käytösoireiden muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Hoitotyön RAI-seminari, Helsinki. THL. Viitattu 03.12.2013.
- Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. 2008. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Gerontologinen hoitotyö. Vuorokauden, P. & Tiitokainen, P. (toim.) WSOY: Helsinki
- Eloniemi- Sulkava, U. & Sulkava, R. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: Hoidon haaste. Geriatris- arvioinnista kuntoutukseen. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Helsinki: Edita
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim
- Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Muistisairaudet. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim
- Laitsa, O. 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot demensiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteiden Pro Gradu –tutkielma
- Muistiliitto. 2013c. Demensia. Viitattu 17.03.2014. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-j-muistisairaudet/muistihäiriöt-ja-sairaudet/demensia/>
- Muistisairaudet (online) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioterapeuttien asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 25.11.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Muistisairauttuntijat 2014. Neuropsykiatrisen haastattelu (NPI). Testit ja kysely-kaavakkeet. Viitattu 10.03.2014. <http://www.muistisairauttuntijat.fi/tutkimme.php?udview=testit>
- Papunen 2013. Muisti ja vuorovaikutus. Viitattu 03.04.2014. <http://papunen.net/tietoa/muisti-ja-vuorovaikutus>



- Pitkälä, K.; Laurila, J.; Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2010. Selavuustila. Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim
- Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään ailen. TunteVa- opas muistisairailla hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry
- Saarela, T. & Hiltunen, P. 2013. Vaikeasti traumatisoitunut vanhus. Suomen Lääkärilehti 4/2013 vsk 68. Katsaus. Viitattu 01.04.2014. http://www.potilankalakarilehti.fi/site/assets/files/6247/1_sll42013-217.pdf
- Saarnio, R.; Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23 (1), 46- 56.
- Soisalo, R. 2013. Muistisairaalan hallitusten käytösohjelmien hoito. Luentomateriaali 10.10.2013. Loimaan ammatti- ja aikuisopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2010-2020. Tavoitteena muististurvallinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012-10. Helsinki. Viitattu 24.11.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=50652408&name=DILFE-20011.pdf
- Suhonen, J.; Alhainen, K.; Eloniemi-Sulkava, U.; Juhala, P.; Juva, K.; Löppönen, M.; Makkonen, M.; Mäkelä, M.; Pirttilä, T.; Pitkälä, K.; Rämö, A.; Sulkava, R.; Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008 vsk 63. Viitattu
- Sulkava, R. 2010b. Aivoverisuonisairaudet muistisairausten syynä (vaskulaarinen dementia). Duodecim. Terveystietä. Viitattu 16.02.2014.
- Sulkava, R. 2010c. Muistisairauksien liittyvät käytösoireet. Geriatria. Terveystietä. Viitattu 06.04.2014. http://www.terveysportti.fi/dok/oppi/koti/p_artikkeli=inf044908p_salaus=16598
- Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistisairaudet. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Duodecim
- Vataja, R. 2014a. Impulssikontrollin muutokset eli estottomuus muistisairalla. Teoksessa Muistisairaalan kuntouttava hoito. Hallikainen, M.; Mönkä, R. & Forder, M. (toim.) Duodecim: Helsinki



LIITE 2. Palautelomake

PALAUTELOMAKE



1. Oliko aihe mielestäsi ajankohtainen? Entä kiinnostava?

2. Saitko uutta tietoa aiheesta? Jos, niin mitä?

3 Muuttiko tämä osastotunti käsityksiäsi käytöshäiriöisistä muistisairaista?

Jos, niin millä tavoin? _____

4. Mitä olisit halunnut vielä kuulla aiheesta?

5. Osastotunnin onnistuminen; ruusut ja risut?

6. Oma ammattiryhmä: ☐ sairaanhoitaja ☐ lähihoitaja/perushoitaja/apuhoitaja

☐ hoitoapulainen ☐ muu, mikä? _____

7. Oma osallistuminen potilastyöhön: ☐ päätoimisesti hoitotyössä

☐ ajoittain hoitotyössä ☐ muu toimenkuva

8. Työkokemus hoitotyöstä: ☐ alle 5 vuotta ☐ 5- 10 vuotta ☐ 10- 20 vuotta

☐ 20- 30 vuotta ☐ yli 30 vuotta

9. Oma kiinnostus muistisairaiden hoidosta: _____

10. Kehittämideoita tulevaisuuden varalta; eli mistä haluaisit saada lisää tietoa

(tämä aihe / muu aihe): _____

11. Muuta kommentoitavaa: _____

LÄMMIN KIITOS OSALLISTUMISESTASI OSASTOTUNNILLE SEKÄ PALAUTTEESTASI ☺